

Der Entscheidungsprozess zur Psychotherapie – eine qualitative Studie
zum Inanspruchnahmeprozess von Psychotherapie

Abhandlung zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich

vorgelegt von Maribel Fischer
von Dottikon AG

Angenommen im Herbstsemester 2008 auf Antrag von
Herrn Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Rössler
und
Herrn PD Dr. phil. Vladeta Ajdacic-Gross

Universität Zürich, 2009

Zusammenfassung

Hintergrund und Zielsetzungen: Dem häufigen Vorkommen von psychischen Störungen steht die geringe Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Behandlungen gegenüber. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, den bereits definierten Prozess der Psychotherapie-Aufnahme näher zu erforschen und dabei Hinweise darauf zu erhalten, worin die offensichtliche Schwierigkeit der Psychotherapie-Aufnahme besteht.

Design und Methoden: Die Fragestellung nach der Gestaltung des Prozesses zur Psychotherapie-Aufnahme führte zu einer Studie, welche mit Methoden aus dem qualitativen Forschungsbereich durchgeführt wurde. Mit einem speziell konzipierten Interview wurden 30 Psychotherapie-Patientinnen zu ihrem damaligen Weg zur Psychotherapie befragt. Die transkribierten Interviewtexte wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und im Sinne der Triangulierung mit zwei anderen Erhebungs- und Auswertungsmethoden erweitert.

Resultate: Das bisherige Modell der Psychotherapie-Inanspruchnahme konnte durch ein neues Element ergänzt werden, nämlich das Wechselspiel zwischen Ängsten und Wünschen, die die künftige Psychotherapie-Patientin erlebt und mit affektiven und kognitiven Kräften zu lösen versucht. Somit sind besonders vier Variablen wichtig für den Inanspruchnahmeprozess. Dies sind der „Leidensdruck“, die Bedeutung der „Vertrauten“, die Bewältigung der „Angst“ und das Aufkommen der „Selbstbehauptung“. Sie stehen in Wechselwirkung zueinander und beeinflussen wesentlich die lange Zeit vom ersten Auftreten von psychischen Symptomen bis zu einer adäquaten Behandlung. Dazu kommen einige Besonderheiten wie die Ansicht, dass psychische Probleme etwas Persönliches seien, oder die Nichtinanspruchnahme der Hausärzte.

Der lange Weg zur Psychotherapie erklärt sich aus den vielfältigen Anforderungen, die die künftigen Psychotherapie-Patientinnen erfüllen mussten.

Dank

Herrn Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Rössler danke ich für die Möglichkeit, an der psychiatrischen Universitätsklinik eine Dissertation aus dem qualitativen Forschungsbereich zu schreiben. Seine kritische Begleitung hat der Arbeit sehr gut getan.

Meinen Interviewpartnerinnen danke ich herzlich für ihre Bereitschaft, mir von ihrem Weg zur Psychotherapie zu berichten.

Herrn Dr. phil. Adrian Eichenberger danke ich für die kompetente Betreuung des Konzepts, des Theorieteils und der Datenerhebung.

Bei der Aufbereitung und Auswertung der Daten, der Interpretation der Ergebnisse und der Diskussion wurde ich verdankenswerterweise von Herrn PD Dr. phil. Vladeta Ajdacic-Gross begleitet und unterstützt. Er half mir entscheidend bei der Fertigstellung der Arbeit.

Frau PD Dr. phil. Agnes von Wyl bin ich dankbar für die Betreuung der spezifischen Fragen im qualitativen Bereich während der Erhebung und der Auswertung der Daten.

Frau PD Dr. phil. Rosmarie Barwinski danke ich herzlich für ihre wertvollen Hinweise in Bezug auf die Auswertung der qualitativen Daten und die Ausarbeitung der Ergebnisse.

Last but not least danke ich meinem Lebenspartner Antonio de Rinaldis für seine liebevolle Unterstützung.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG.....	9
2. PSYCHISCHE STÖRUNGEN UND BEHANDLUNGEN, PSYCHOTHERAPIE-INANSPRUCHNAHME UND PSYCHOTHERAPIE-AUFNAHME.....	11
2.1 Epidemiologie der psychischen Störungen.....	11
2.1.1 Prävalenz psychischer Störungen	12
2.1.1.1 Besonderheiten der Erfassung psychischer Störungen	12
2.1.1.2 Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung	14
2.1.1.3 Prävalenz psychischer Störungen in den hausärztlichen Praxen	20
2.1.2 Merkmale psychischer Störungen.....	23
2.1.2.1 Probleme der unterschiedlichen Prävalenzen am Beispiel der Depression.....	23
2.1.2.2 Komorbidität	25
2.1.2.3 Chronizität und Chronifizierung	26
2.1.3 Demografische Faktoren bei Menschen mit psychischen Störungen.....	28
2.1.3.1 Alter	28
2.1.3.2 Sozialstatus.....	29
2.1.3.3 Geschlecht.....	31
2.1.3.4 Exkurs: Geschlechtsunterschied bei der Depression	34
2.1.4 Belastungen durch psychische Störungen.....	36
2.1.5 Protektive Faktoren für die seelische Gesundheit	38
2.2 Behandlungen von psychischen Störungen	40
2.2.1 Hausärztliche Behandlungen	40
2.2.2 Medikamentöse Behandlungen.....	46
2.2.3 Psychotherapie.....	47
2.2.3.1 Wirksamkeit der Psychotherapie.....	49
2.2.3.2 Wirtschaftlichkeit der Psychotherapie.....	57
2.3 Psychotherapie-Inanspruchnahme und Versorgungslücke	61
2.3.1 Geschätzte Inanspruchnahme	61
2.3.2 Geschätzter Behandlungsbedarf und Versorgungslücke.....	64
2.3.3 Merkmale der Inanspruchnahme.....	68
2.3.3.1 Diagnosen.....	68
2.3.3.2 Soziales Netz.....	71
2.3.3.3 Verspäteter Beginn - verfrühter Abbruch.....	73
2.3.4 Demografische Faktoren der Inanspruchnehmenden	75
2.3.4.1 Alter	75
2.3.4.2 Sozialstatus.....	76
2.3.4.3 Der Yavis-Patient: der ideale Patient?.....	78
2.3.4.4 Geschlecht.....	81
2.3.5 Exkurs: Die Inanspruchnahme von Psychotherapie bei Krebskranken.....	83
2.4 Psychotherapie-Aufnahme	86
2.4.1 Der Prozess zur Psychotherapie-Aufnahme.....	87
2.4.1.1 Modelle mit Phasen des Inanspruchnahmeprozesses	87
2.4.1.2 Die dynamische Sichtweise der Hilfesuche als Entscheidungsprozess	91
2.4.2 Merkmale der Psychotherapie-Aufnahme.....	93
2.4.2.1 Barrieren zur Psychotherapieaufnahme.....	93
2.4.2.2 Motive der Ablehner	96
2.4.2.3 Einstellung	98
2.4.2.4 Leidensdruck.....	102
2.4.2.5 Kritische Lebensereignisse.....	104
2.4.2.6 Psychotherapiemotivation oder Compliance respektive Non-Compliance.....	105
2.4.2.7 Beziehungsaufnahme	109
2.4.2.8 Angst und Scham	112
2.4.2.9 Stigma	114
2.4.2.10 Kosten	116

2.4.3 Hilfen zur Psychotherapieaufnahme	119
2.4.3.1 Information zur Entstigmatisierung.....	119
2.4.3.2 Aktive und kompetente Patienten und Therapeuten	120
2.4.3.3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	122
3. DESIGN DER VORLIEGENDEN STUDIE	123
3.1 Qualitative Forschung	123
3.1.1 Die Chicagoer Schule und der Symbolische Interaktionismus	124
3.1.2 Kommunikation und Offenheit.....	125
3.1.3 Unterschiede qualitativer und quantitativer Forschung.....	126
3.1.4 Qualitative Forschung: unterbewertet und in weiblicher Hand.....	127
3.1.5 Triangulation als Lösung zur Unterbewertung der qualitativen Forschung	128
3.1.6 Methoden in der qualitativen Forschung	129
3.1.7 Gütekriterien der qualitativen Forschung	130
3.1.8 Design in der qualitativen Forschung	131
3.2 Die Fallstudie	132
3.2.1 Hauptpunkte und Definitionen der Fallstudie	132
3.2.2 Gütekriterien der Fallstudie	133
3.2.3 Auswahl der Falles oder der Fälle in der Fallstudie.....	134
3.2.4 Fallstudien und ihre Nähe zur Kasuistik	135
3.3 Die vorliegende Untersuchung als Fallstudie	135
3.3.1 Fragestellung der vorliegenden Fallstudie	136
3.3.2 Ziel und Grenzen der vorliegenden Fallstudie	136
3.3.3 Auswahl der Fälle	136
3.3.4 Erhebungsmethode: Das qualitative Interview	137
3.3.5 Aufbereitungsmethode: Transkription	138
3.3.6 Auswertungsmethode: Die qualitative Inhaltsanalyse	139
3.3.7 Gütekriterien.....	142
4. METHODIK DER VORLIEGENDEN FALLSTUDIE	144
4.1 Auswahl der Fälle.....	144
4.1.1 Die Frauenstelle.....	144
4.1.2 Die Fälle	144
4.1.3 Kontaktaufnahme mit den Interviewpartnerinnen.....	145
4.2 Erhebung der Daten.....	146
4.2.1 Das qualitative Interview	146
4.2.1.1 Das Inanspruchnahme-Interview.....	146
4.2.1.2 Befindlichkeitsgraphik	147
4.2.1.3 Der PSTQ (Process of Seeking Therapy Questionnaire).....	147
4.2.1.4 Dokumentationsbogen.....	148
4.3 Aufbereitung der Daten	148
4.3.1 Zeitliche und räumliche Durchführung der Interviews	148
4.3.2 Protokollierung der Interviews	148
4.4 Auswertung der Daten.....	150
4.4.1 Die strukturierende Inhaltsanalyse.....	150
4.4.2 Die Kategorienbildung.....	152
4.4.3 Befindlichkeitsgraphik.....	153
4.4.4 PSTQ	153
5. ERGEBNISSE.....	154
5.1 Merkmale der Probandinnen	154

5.1.1 Demografische Merkmale der Interviewpartnerinnen	154
5.1.2 Berufe der Probandinnen	155
5.1.3 Zur Repräsentativität der untersuchten Stichprobe	155
5.2 Ergebnisse zum Inanspruchnahmeprozess-Interview	157
5.2.1 Erste Themenauswahl der Probandinnen: Vertraute, Bewältigung und Leidensdruck	157
5.2.1.1 Die Bedeutung der Vertrauten, des Leidensdrucks und der Bewältigung	161
5.2.2 Wahrnehmung des seelischen Problems	162
5.2.2.1 Zeitpunkt der Wahrnehmung des seelischen Problems	162
5.2.2.2 Vertraute und Hausärzte bei der Wahrnehmung des seelischen Problems	166
5.2.2.3 Vorkenntnisse: Ausbildung und Therapieerfahrung	173
5.2.2.4 Gründe für die Aufnahme einer Therapie: 1. Wahrnehmung des Problems	178
5.2.3 Interpretation des seelischen Problems	181
5.2.3.1 Die Veränderung des Leidensdrucks bei der Interpretation zu Symptomen	181
5.2.3.2 Kritische Lebensereignisse und spezifische Lebensphasen	184
5.2.3.3 Begleitende Gefühle bei der Interpretation zu Symptomen	189
5.2.3.4 Gründe für die Aufnahme einer Therapie: 2. Einsicht der Behandlungsbedürftigkeit	191
5.2.4 Kontaktaufnahme	193
5.2.4.1 Auffinden unserer Adresse	193
5.2.4.2 Gefühle bei der ersten telefonischen Kontaktaufnahme	195
5.2.4.3 Gefühle nach dem telefonischen Erstkontakt und vor dem Erstgespräch	198
5.2.4.4 Gefühle unmittelbar vor der ersten Begegnung	200
5.2.4.5 Erwartung und Wissen bezüglich dem Erstgespräch	202
5.2.4.6 Selbstgefühl bei Kontaktaufnahme	204
5.2.4.7 Gründe für die Aufnahme einer Therapie: 3. Suche nach einer Fachperson	207
5.2.5 Weitere Ergebnisse	212
5.2.5.1 Angst, Scham, Stigma	212
5.2.5.2 Autonomie	213
5.2.5.3 Beziehung zur Therapeutin	214
5.2.5.4 Moment des Entschlusses mit der Selbstbestimmung	214
5.2.5.5 Stigmatisierung, Autonomie und Schutz als zentrale Motive beim Hilfesuchverhalten	215
5.2.6 Befindlichkeitsgraphik	217
5.3 PSTQ	219
5.3.1 Problemerkennung	220
5.3.1.1 Problemerkennung: Schwierigkeit	220
5.3.1.2 Problemerkennung: zeitlich	222
5.3.1.3 Soziale Unterstützung	223
5.3.2 Psychotherapie kann helfen	224
5.3.2.1 Psychotherapie kann helfen: Schwierigkeit	224
5.3.2.2 Psychotherapie kann helfen: zeitlich	225
5.3.2.3 Soziale Unterstützung	227
5.3.3 Entscheidung, Psychotherapie aufzusuchen	227
5.3.3.1 Entscheidung, Psychotherapie aufsuchen: Schwierigkeit	227
5.3.3.2 Entscheidung, Psychotherapie aufsuchen: zeitlich	228
5.3.3.3 Soziale Unterstützung	230
5.3.4 Kontaktaufnahme	230
5.3.4.1 Kontaktaufnahme: Schwierigkeit	230
5.3.4.2 Kontaktaufnahme: zeitlich	232
5.3.4.3 Soziale Unterstützung	233
5.3.6 Zusammenfassung PSTQ Saunders (1993) im Vergleich zur vorliegenden Studie	233
5.4 Zusammenfassung der Ergebnisse nach den Kategorien des Modells des Inanspruchnahmeprozesses	235
5.4.1 Zusammenfassung des Inanspruchnahmeprozesses	235
5.4.1.1 Einführung, erste Themenwahl	235
5.4.1.2 Wahrnehmung des seelischen Problems	236
5.4.1.3 Interpretation des seelischen Problems	238
5.4.1.4 Kontaktaufnahme	239
5.4.1.5 Weitere Ergebnisse	241
5.4.2 Modell des Inanspruchnahmeprozesses	242

6. DISKUSSION	243
6.1 Zentrale Merkmale der Psychotherapieaufnahme	243
6.1.1 Die selbstbewusste Stichprobe.....	243
6.1.2 Das Persönliche und die sensible Beziehungsaufnahme	244
6.1.3 Die gezielte Auswahl der Psychotherapeutin.....	245
6.1.4 Die geringe Inanspruchnahme der Hausärzte	246
6.1.5 „Therapielatenz“ - eine neue Studie von Schuster (2007)	247
6.1.6 Der lange Zeitraum - Therapielatenz versus Chronifizierung.....	248
6.2 Dynamik des Inanspruchnahmeprozesses anhand eines Modells mit vier ausgewählten Variablen.....	248
6.2.1 Einzelne Komponenten des Ausgangsmodells	249
6.2.1.1 Variable „Vertraute“	249
6.2.1.2 Variable „Leidensdruck“	250
6.2.1.3 Variable „Angst“	251
6.2.1.4 Variable „Ressourcen“	252
6.2.2 Das dynamische Modell der Psychotherapie-Inanspruchnahme mit Wechselwirkungen der Variablen	253
6.2.2.1 Das perspektivische Modell	253
6.2.2.2 Wechselwirkungen während dem ersten Schritt der Psychotherapie-Aufnahme	254
6.2.2.3 Wechselwirkungen während dem zweiten Schritt der Psychotherapie-Aufnahme.....	255
6.2.2.4 Wechselwirkungen während dem dritten Schritt der Psychotherapie-Aufnahme.....	255
6.3 Die selbstbewusste Entscheidung zur Psychotherapie.....	256
6.3.1 Das Dilemma der Entscheidung.....	256
6.3.2 Die Bewältigung des Dilemmas.....	257
6.3.3 Die selbstbewusste Haltung	257
7. LITERATUR.....	258
ANHANG	298
A.1 Patientenbrief.....	298
A.2 Interview.....	299
A.2.1 Das Inanspruchnahmeinterview	299
A.2.1.1 Offene Eingangsfrage.....	299
A.2.1.2 Wahrnehmung des seelischen Problems.....	299
A.2.1.3 Interpretation des Problems	299
A.2.1.4 Praktische Fragen zur Kontaktaufnahme.....	300
A.2.2 Befindlichkeitsgraphik.....	302
A.2.3 PSTQ: Process of Seeking Therapy Questionnaire (Saunders 1993).....	302
A.2.4 Dokumentationsbogen	305
A.3 Ergebnisse zum Inanspruchnahmeprozess-Interview	306
A.3.1 Offene Eingangsfrage und erste Themenauswahl der Probandinnen	306
A.3.2 Wahrnehmung des seelischen Problems	311
A.3.2.1 Zeitpunkt der Wahrnehmung des seelischen Problems	311
A.3.2.2 Vertraute, Hausärzte bei der Wahrnehmung des seelischen Problems	315
A.3.2.3 Äussere Beeinflussung bei der Wahrnehmung des seelischen Problems	322
A.3.3 Interpretation des seelischen Problems	326
A.3.3.1 Die Veränderung des Leidensdrucks bei der Interpretation zu Symptomen.....	326
A.3.3.2 Kritische Lebensereignisse und spezifische Lebensphasen	331
A.3.3.3 Begleitende Gefühle bei der Interpretation zu Symptomen.....	336
A.3.4 Kontaktaufnahme.....	341
A.3.4.1 Auffinden unserer Adresse.....	341
A.3.4.2 Gefühle bei der ersten telefonischen Kontaktaufnahme	345
A.3.4.3 Gefühle nach dem telefonischen Erstkontakt und vor dem Erstgespräch.....	349
A.3.4.4 Gefühle unmittelbar vor der ersten Begegnung.....	353
A.3.4.5 Erwartung und Wissen bezüglich dem Erstgespräch.....	356
A.3.4.6 Zusammenfassend: Selbstgefühl bei Kontaktaufnahme	359

A.4. Ergebnisse während der Auswertung	363
A.4.1 Autonomie	363
A.4.2 Angst, Scham, Stigma.....	367
A.4.3 Beziehung zur Therapeutin	372
A.4.4. Moment des Dilemmas, Moment des Entschlusses mit der Selbstbestimmung.....	375

1. Einleitung

Die meisten Menschen müssen sich wenigstens einmal im Leben mit den Folgen einer psychischen Störung beschäftigen; sei es als selbst Betroffene oder als Angehörige. Die hohe Prävalenz der psychischen Störungen ist gut belegt (WHO ICPE 2000). Glücklicherweise stehen effiziente und effektive Behandlungsmethoden zur Verfügung (Sandell et al. 2001, Tress 2002). Leider werden diese Angebote kaum genutzt. Die grosse Mehrheit der Personen mit psychischen Störungen lässt sich gar nicht behandeln (Ajdacic-Gross et al 2003, Rüesch und Manzoni 2003, Beeler et al. 2003).

Die wenigen Personen, die sich behandeln lassen, brauchen im Schnitt sieben Jahre (Meyer et al. 1991, Wang et al. 2005), bis sie sich in Behandlung begeben. Sie nehmen erst dann Psychotherapie in Anspruch, wenn die Störungen chronifiziert sind, der Leidensdruck unerträglich wird, oder wenn sie von Angehörigen oder Fachleuten in eine Behandlung geschickt oder allenfalls gezwungen werden. Die Aufnahme einer Psychotherapie ist, so scheint es, derart anspruchsvoll oder unangenehm, dass die meisten es vorziehen, sich nicht behandeln zu lassen.

Dieses Phänomen wurde von verschiedenen Seiten her untersucht und viele Erkenntnisse sind inzwischen gefestigt. Dennoch ist es immer noch weitgehend unklar, wer Psychotherapiepatient wird und wer nicht. Seit langem (Zola 1966) ist bekannt, dass Personen ohne Diagnose Psychotherapie in Anspruch nehmen, während viele Menschen mit schweren Störungen unbehandelt bleiben. Vessey und Howard (1993) fassen dies so zusammen: „Those who are most in need of mental health services are least likely to ever seek and receive such services“ (S. 546). Dem entsprechen die Ergebnisse vieler Studien, die zeigen, dass die Privilegierten und Gesünderen eher Psychotherapie in Anspruch nehmen als die Benachteiligten mit den schweren Störungen (Leaf et al. 1988, Fosu 1995, Alegria et al. 2000b).

Weitere Erkenntnisse gingen aus den Untersuchungen zum Hilfesuchverhalten hervor. Sie benannten die Zeitspanne von der ersten Beschwerdenwahrnehmung bis zur ersten Kontaktaufnahme zu einer Fachperson als Prozess der Inanspruchnahme (Kadushin 1969, Mechanic 1976, Saunders 1993). Sie differenzierten drei aufeinanderfolgende Stadien; erstens die Wahrnehmung der Beschwerden, zweitens die Interpretation der Beschwerden und die Erkenntnis, dass die Symptome behandelbar wären, und drittens die Kontaktaufnahme zu einer Fachperson. Die vorliegende Studie beruft sich im folgenden auf dieses Konstrukt der Psychotherapie-Aufnahme als Prozess.

Untersuchungen, die sich mit kontextuellen Faktoren wie den Kosten für eine Psychotherapie, der Länge des Weges oder der Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Psychotherapeuten beschäftigten, zeigten, dass dies jedenfalls nicht die ausschlaggebenden Motive für oder gegen eine Psychotherapieaufnahme sind (Steffl und Prosperi 1985, Franz 1993). Andere Studien untersuchten individuelle Faktoren und versuchten die Gründe für oder gegen eine Psychotherapieaufnahme zu erfragen. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen zeigten, dass die meisten Menschen sowohl zu psychischen Störungen wie auch zu deren Behandlungsmöglichkeiten eine negative Einstellung haben (Spitzbart 2004).

Studien, die die Motive der Personen untersuchten, die trotz Bestehen einer psychischen Störung und dem Angebot einer Psychotherapie die Behandlung ablehnten, zeigten, dass nebst den vorgeschobenen Argumenten wie „keine Zeit zu haben“ oder „Psychotherapie als nicht

hilfreich anzusehen“, die Angst vor Stigmatisierung und der Wunsch, die Probleme aus eigener Kraft zu lösen, entscheidend waren (Franz 1997, Schuster 2007).

Dass die Gründe zur Ablehnung einer Psychotherapie vorgeschoben sein können, verweist auf die Notwendigkeit, die „wahren“ Gründe schamhaft zu verschweigen, und damit methodisch auf die Schwierigkeit, aussagekräftige Daten zu erhalten. Franz (1997) beispielsweise beobachtete, dass sich manche Antworten nach wiederholtem Nachfragen veränderten. Zum Beispiel verwandelten sich zunächst genannte Motive wie „Kopfweh“ erst mit zunehmendem Vertrauen zum Interviewer in Motive wie „Angst- oder Aggressionsgefühle“. Dies führte zur Forderung nach Studien, die sich qualitativ mit der Frage, was in der Zeitspanne vor der eigentlichen Psychotherapieaufnahme geschieht, beschäftigen.

Dieser Aufgabe will sich die vorliegende Arbeit widmen. Die Fragestellung: „Wie gestalten Psychotherapie-Patienten den Weg zur Psychotherapie-Aufnahme?“ soll von Personen beantwortet werden, die den Weg zur Psychotherapie erfolgreich gegangen sind. Um die Frage weit und offen zu erheben, wurden Design und Methodik der Studie aus dem qualitativen Forschungsbereich gewählt (Flick 2000b, Mayring 2002).

Die Fragestellung verlangt den Rahmen einer Fallanalyse, die gemäss den Regeln der qualitativen Forschung keine Hypothesen formuliert, sondern Ziele setzt. Diese bestehen in der vorliegenden Studie darin, den Inanspruchnahme-Prozess zu differenzieren und einzelne Themen zu gewichten. Zu diesem Zweck wurde ein speziell konzipiertes qualitatives Interview entwickelt, das sich, am Konzept der Psychotherapie-Aufnahme als Prozess orientiert.

Der Rahmen der Fallanalyse ermöglicht es, auf Unvorhergesehenes zu stossen. Drei besonders ertragreiche Themen haben sich in der vorliegenden Studie gezeigt: die Bedeutung der Autonomie, die Angst vor Stigmatisierung und die sensible Beziehungsaufnahme. Zudem ergab die inhaltsanalytische Auswertung ein Modell, das den Prozess der Inanspruchnahme als inneres Kräftespiel beschreibt, welches sich zwischen den Polen „Angst vor Abhängigkeit“ und „Wunsch nach Autonomie“ aufspannt.

Im folgenden zweiten Kapitel wird der theoretische Rahmen der vorliegenden Arbeit dargestellt. Nach einer Übersicht über psychische Störungen, deren Behandlungsmöglichkeiten mit Schwerpunkt Psychotherapie, die Psychotherapie-Inanspruchnahme und die diesbezügliche Versorgungslücke werden Forschungsergebnisse zur Psychotherapie-Aufnahme referiert. Das dritte Kapitel zeigt mit der Fallanalyse die Ziele der vorliegenden Arbeit auf. Kapitel vier schildert die Auswahl der Fälle und den Ablauf der verwendeten Methoden, der Erhebung, der Aufbereitung und der Auswertung der Daten. Im fünften Kapitel werden die Ergebnisse des qualitativen Interviews dargestellt. Die Befunde sind entsprechend den drei Hauptteilen des Interviews aufgeführt und am Ende des Kapitels mit einem Kommentar versehen, der eine erste Gegenüberstellung mit der Literatur erlaubt. Das sechste Kapitel mit der Diskussion bildet den Abschluss der Arbeit.

2. Psychische Störungen und Behandlungen, Psychotherapie-Inanspruchnahme und Psychotherapie-Aufnahme

Dieses Kapitel behandelt die aktuellen Forschungsergebnisse der Literatur, geordnet nach Themen, die für die Inanspruchnahme der Psychotherapie bedeutend sind. Zunächst werden die psychischen Störungen, deren Prävalenzen und Merkmale, sowie die demografischen Faktoren bei Menschen mit psychischen Störungen aufgeführt. Weiter werden die Belastungen, die psychische Störungen verursachen und letztlich einige protektive Faktoren für die psychische Gesundheit besprochen (Kap. 2.1).

Im folgenden werden die verschiedenen Behandlungen von psychischen Störungen dargestellt, dabei geht es besonders um die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Psychotherapie (Kap. 2.2).

Die Psychotherapie-Inanspruchnahme zeigt eine Fehlversorgung im Bereich der psychischen Störungen, die spezifischen Merkmale der Inanspruchnahme, sowie die demografischen Faktoren der Inanspruchnehmenden werden aufgeführt. In einem Exkurs sind die Besonderheiten der Inanspruchnahme bei Krebskranken dargestellt (Kap. 2.3).

Der Beginn einer Psychotherapie kann unter dem Aspekt des Vorfeldes, des Prozesses und der Entscheidung zur Psychotherapie betrachtet werden. Hier spielen neben allgemeinen Determinanten spezifische Barrieren und Hilfen zur Psychotherapie-Aufnahme eine Rolle (Kap. 2.4).

Das letzte Kapitel soll zusammenfassend die wichtigsten Ergebnisse der Literatursichtung darstellen (Kap. 2.5).

2.1 Epidemiologie der psychischen Störungen

Das folgende Kapitel soll die Relevanz der psychischen Störungen anhand von fünf Teilbereichen aufzeigen. Zunächst wird die Frage der Erfassung der psychischen Störungen und deren Schwierigkeit erörtert, dann wird die hohe Prävalenz der psychischen Störungen, innerhalb der Allgemeinbevölkerung und innerhalb der Patienten beim Hausarzt dargestellt (Kap 2.1.1). Psychische Störungen zeigen besondere Merkmale, die deren Erfassung und Behandlung erschweren, dazu gehören besonders die hohe Komorbidität und die Chronizität der psychischen Störungen (Kap. 2.1.2). Dazu werden anhand demografischer Merkmale die Personen mit psychischen Störungen beschrieben (Kap. 2.1.3). Im weiteren werden die Belastungen aufgeführt, die psychische Störungen verursachen (Kap. 2.1.4). Das letzte Kapitel soll einige protektive Faktoren für die psychische Gesundheit aufzeigen (Kap. 2.1.5).

2.1.1 Prävalenz psychischer Störungen

2.1.1.1 Besonderheiten der Erfassung psychischer Störungen

Psychische Störungen sind „Beeinträchtigungen der normalen Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens, die sich in emotionalen, motivationalen, kognitiven, behavioralen, interpersonalen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen äussern und die von der jeweiligen Person nicht oder nur begrenzt beeinflussbar sind“ (Bastine 1998).

Scharfetter (1985) beschreibt psychopathologische Symptome als „Erlebens- oder Verhaltensweisen, die sich herausheben aus dem alltäglich Gewöhnlichen der Menschen eines bestimmten Kulturkreises. Kein einzelnes psychopathologisches Symptom für sich genommen ist schlechthin abnorm oder krankhaft, denn alle Zeichen können auch beim Gesunden unter besonderen Umständen angetroffen werden. (...) „Krankheitszeichen“ werden sie erst, wenn sie in einer – je nach der lebensgeschichtlichen Lage und dem soziokulturellen Rahmen aufzufassenden – bestimmten Schwere, Dichte, Häufigkeit, Verbindung und Dauer auftreten und damit den Menschen leiden machen und in seiner Lebensführung inmitten der Gruppe behindern“ (S. 19).

Kaum überraschend also ist die Erfassung psychischer Störung anspruchsvoll. Psychische Störungen und deren Symptome sind schwer zu messen, da sie oft unsichtbar sind und oft auch von den Betroffenen nur schwer wahrgenommen oder gar verleugnet werden. Das Vorkommen psychischer Störungen zu untersuchen gestaltet sich jedoch auch aus historischen und methodischen Gründen schwierig.

Erst seit Mitte des letzten Jahrhunderts gibt es verbindliche Klassifikationssysteme für psychische Störungen, die es überhaupt ermöglichen, die Prävalenz von psychischen Störungen zu schätzen. Die ICD-6 (International Classification of Diseases) der WHO enthielt 1948 erstmals Kategorien für psychische Störungen und wurde vergleichbar mit dem seit 1952 von der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung (American Psychiatric Association) herausgegebenen DSM (Diagnostic and Statistical Manual). Heute gelten DSM IV und ICD-10 als Standard, die weltweit in Forschung und Praxis verwendet werden.¹

Auch die Erhebungsmethoden für epidemiologische Studien mussten erst entwickelt und standardisiert werden. 1980 ist für die ECA (Epidemiologic Catchment Area) - Studie (Robins und Regier 1991) das Diagnostic Interview Schedule (DIS) (Robins et al. 1981) entstanden. In der Folge hat eine Arbeitsgruppe der WHO das WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (Robins et al. 1988) entwickelt. Es wird bis heute als reliables und valides diagnostisches Instrument² angesehen und beruft sich eng auf die beiden diagnostischen Handbücher ICD-10 und DSM-IV.

¹ Heute wird diskutiert, ob die milden psychischen Störungen im DSM-V nicht mehr diagnostiziert werden sollen. Kessler et al. (2003b) favorisieren klar eine Beibehaltung der milden Störungen, um zeigen zu können, dass psychische Störungen, ganz wie physische Störungen, in ihrer Schwere variieren. Ebenso sollten nach Kessler et al. (2003) Entscheidungen über die Behandlungen von milden Störungen auf eine Kosteneffektivität, und nicht auf die Schwere der Störungen gestützt werden. Dazu soll bei der Kosten-Nutzen-Analyse beachtet werden, dass die Behandlung milder Störungen weitere schwere Störungen verhindern kann.

² Ansätze zur Psychopathologie und Diagnostik wie die Ich-Psychopathologie von Scharfetter (2002) werden dabei leider nicht berücksichtigt, da sie aufgrund ihrer Differenziertheit schwer zu operationalisieren sind.

Epidemiologische Studien über psychische Störungen nichtpsychotischen Schweregrades lassen sich daher nur im letzten Viertel des vorigen Jahrhunderts miteinander vergleichen. Hier aber würden sie Antworten auf die Frage nach der Zu- oder Abnahme bestimmter Morbiditätsziffern versprechen, meint Ernst (2001).

Allerdings werden viele Erkrankungen vom Gesundheitssystem gar nicht erfasst, da sich die meisten Menschen trotz der Diagnose einer psychischen Störung nicht behandeln lassen, andererseits Gesunde ohne Diagnose ein grosses Inanspruchnahmeverhalten zeigen (Zola 1966, Meadows et al. 2000, Regier et al. 2000). Immer wieder wird daher kritisiert, die Stichprobenselektion in epidemiologischen Untersuchungen werde zu wenig reflektiert und gefordert, Feldstudien für die epidemiologische Forschung zu verwenden (Mechanic 1991, Herschbach 1995).

Eine aktuelle Studie (Druss et al. 2007) zeigt jedoch, dass nur 8 % der 5692 Probanden ohne Diagnose Hilfe bei Gesundheitszentren aufsuchte. Und nur ein Viertel (26,5%) der an diese Personen geleistete Hilfe wurde von allgemeinärztlichen oder psychotherapeutischen Fachleuten erbracht, die anderen drei Viertel wurden von alternativen Anbietern geleistet.

Um dieses Problem bei der Untersuchung der Häufigkeit von psychischen Störungen zu umgehen, unterscheidet Stumm (1988) die „unbehandelte Prävalenz“ (S. 104), die erfasst wird, indem in einer Feldstudie eine gewisse Anzahl Menschen aus der Allgemeinbevölkerung (aus dem Feld) untersucht, mittels geschulter Interviewer befragt, diagnostiziert und schliesslich gezählt wird (Kap. 2.1.1.1), und die „behandelte Prävalenz“ (S. 104), die eruiert wird, indem bereits diagnostizierte Menschen, die sich beim Hausarzt, im Krankenhaus oder beim Spezialisten in Behandlung befinden, gezählt werden (Kap. 2.1.1.2).

Erst beide zusammen, behandelte und unbehandelte Prävalenz, würden die „wahre Prävalenz“ (S. 104) psychischer Störungen ergeben.

Eine weitere Eigenart der psychischen Störungen wirkt sich auf die epidemiologische Erfassbarkeit aus. Nach Wulff (1991) verschweigen Betroffene und ihre Angehörigen die psychischen Erkrankungen und „verzerrten somit epidemiologische Ergebnisse“ (S. 14). Ebenso sei die Abgrenzung gegenüber nichtkrankhaften Leidenszuständen und Normabweichungen fließend und werde von „Kultur zu Kultur, von Sozialschicht zu Sozialschicht unterschiedlich wahrgenommen“ (S. 14).

Der „Eisberg in der psychologischen Medizin“ (S. 13) werde von den psychisch Kranken gebildet, die in psychiatrischen Fachinstitutionen auftauchen. Am Wasserspiegel würden sich die vielen Kranken in allgemeinärztlicher Betreuung befinden, von denen aber nur ein Teil als psychisch krank erkannt worden sei. Noch tiefer darunter seien die psychisch und sozial Auffälligen oder Leidenden, denen gar keine Behandlung zuteil werde.

Zudem formulieren Härter und Bermejo (2007) für die Depression, dass die Patienten ihre eigene Depression nicht erkennen, sondern diese mit körperlichen Symptomen „überdecken“ (S. 108). Sie fordern, dass die Hausärzte depressive Symptome erkennen und erfragen und damit auch diagnostizieren können. Erst so kann schlussendlich durch eine „partizipative Entscheidungsfindung“ (shared decisionmaking) (S. 134) zu einer Behandlung gefunden werden.

Zur Bearbeitung der Frage nach der Zu- oder Abnahme ist die Unterscheidung zwischen scheinbaren und wirklichen Häufigkeitsveränderungen zu beachten. Nach Häfner (1985) würden scheinbare Häufigkeitsveränderungen mit veränderten diagnostischen und therapeutischen Gewohnheiten der Ärzte, veränderten gesellschaftlichen Zuschreibungen der seeli-

schen Störungen und von Seiten der Patienten mit veränderten Problemdefinitionen und verändertem Hilfesuchverhalten zusammenhängen.

Wirkliche Häufigkeitsveränderungen hingegen liessen sich auf die durch die gestiegene Lebenserwartung verursachte veränderte Alterszusammensetzung der Bevölkerung oder auf migrationsbedingte Verschiebungen in der Verteilung der Sozialklassen zurückführen. Zusätzlich würden sie bedingt durch die Veränderung von Erkrankungsrisiken und Therapieverläufen, welche wiederum von Verhaltens- und Umweltfaktoren bestimmt würden.

Entsprechend erklären Rössler et al. (1987) einen Teil der Zunahme seelischer Erkrankungen mit der Psychologisierung von Alltagsproblemen, der Tendenz, funktionelle Körperbeschwerden und selbst körperliche Erkrankungen psychologisch zu interpretieren und dafür auch ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Vor allem aber stehe der Anstieg mit „dem Wissenszuwachs und den damit verbundenen besseren Erkennungsmöglichkeiten sowie mit gesellschaftlichen Veränderungen insbesondere im Bereich der Familien und des Arbeitslebens in Zusammenhang“ (S. 79).

Ernst (2001) weist darauf hin, dass nichtpsychotische und nichtsuizidale Depressionen noch vor wenigen Jahrzehnten weder bei Angehörigen noch bei Hausärzten noch in Spitälern als Krankheiten galten: „Was man nicht diagnostiziert, kann man nicht zählen“ (S. 26).

2.1.1.2 Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung

Seit den 50-er Jahren wird um die Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung geforscht (Srole et al. 1962, Srole 1975, Helgason³ 1964, für eine Übersicht: Neugebauer, Dohrenwend und Dohrenwend 1980).

Im amerikanischen Raum ist die Midtown-Manhattan-Studie I (Srole et al. 1962, Srole 1975) berühmt geworden. Ein interdisziplinäres Forschungsteam untersuchte 330 weisse Einwohner Manhattans, dabei zwei Drittel Frauen, entsprechend der damaligen Einwohnerzusammensetzung, die zwischen 40 und 59 Jahre alt waren. Die Forschungsgruppe befragte die Probanden mittels eines halboffenen Interviews über ihre psychische Befindlichkeit im Moment und in früheren Zeiten wie beispielsweise „Have you ever had spells of dizziness? Would you say: never, a few times, or more than a few times?“ (Srole 1975, S. 362).

1974 wurde die Untersuchung an einer Stichprobe (N=365) der gleichen Gruppe weisser Einwohner Manhattans zwischen 40- und 59-Jährigen wiederholt.

Als psychisch beeinträchtigt galten 1954 rund 36%, 1974 rund 28% der Manhattaner Bevölkerung, werden die schwer Beeinträchtigten (1954: 10,9%, 1974: 4,4%) mitgezählt, erhöhen sich die Prävalenzzahlen in Manhattan auf rund 47% im Jahre 1954 und rund 32% im Jahre 1974. Damit zeigten Srole et al. (1962) und Srole (1975) zum ersten Mal die Bedeutung der nichtpsychotischen psychischen Störungen auf.

³ Helgason (1964) erfasste 5'395 Isländer der Geburtsjahrgänge 1895 bis 1897. Diese wurden in den Jahren 1956 bis 1957 persönlich oder brieflich befragt. Dabei zeigten 28,6 % der Probanden psychische Störungen.

1980 fanden Neugebauer et al. (1980) bei einer Durchsicht von 27 Feldstudien, davon 8 amerikanische und 19 nicht-amerikanische Studien, eine Häufigkeit seelischer Störungen von 0,55% (Eaton et al. 1955) bis 69% (Shore et al. 1973). Die grosse Breite hängt, wie bereits ausgeführt, mit den unterschiedlichen Forschungsdesigns der Studien zusammen, welche sich durch unterschiedliche Methoden der Datenerhebung und der Auswertung charakterisieren.

In der ECA-Studie (Epidemiological Catchment Area) (Regier et al. 1984, Robins und Regier 1991) des NIMH (National Institute of Mental Health) wurden von 1980 bis 1984 insgesamt in fünf Regionen der USA 19'182 Personen untersucht, die älter als 18 Jahre alt waren. Als diagnostisches Instrument wurde das DIS mit dem Klassifikationssystem DSM-III benutzt. Sie fanden eine Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen von 31, 35%.

Höhere Prävalenzen haben Kessler et al. (1994) mit den Daten der NCS (National Comorbidity Survey) geschätzt. 8'098 Probanden zwischen 15 und 54 Jahren aus der Allgemeinbevölkerung der USA wurden mittels Laieninterviews mit dem diagnostischen Instrument des CIDI und dem Klassifikationssystem des DSM-III untersucht. Fast 50% der Probanden berichteten, mindestens eine Störung in ihrem Leben erfahren zu haben, fast 30% berichteten von einer Störung im letzten Jahr. Mehr als die Hälfte aller Lebenszeit-Störungen kamen bei den 14% der Allgemeinbevölkerung vor, die von mindestens drei komorbiden Störungen berichteten, darunter war auch die Mehrheit der Personen mit den schwersten psychischen Störungen. Weniger als 40% der Personen mit einer Lebenszeit-Störung und weniger als 20% derjenigen mit einer Störung im letzten Jahr hatten je professionelle Behandlung erfahren. Die Autoren betonen die hohe Prävalenz psychischer Störungen und die geringe Inanspruchnahme von Behandlungen. Die Barrieren für professionelle Behandlungen müssten sorgfältig untersucht werden.

Nach einer Schätzung von Kessler et al. (2005), die die NCS replizierten, beläuft sich die Jahres-Prävalenz von 9282 englischsprachigen Probanden in den USA auf 26,2%. Dabei erwiesen sich 22,3% als schwere, 37,3% als moderate und 40,4% als milde Störungen. 55,5% erhielten eine Diagnose, 22% zwei und 23% drei oder mehrere Diagnosen. Die Autoren schliessen, dass trotz der weiten Verbreitung psychischer Störungen die schweren Fälle nur auf einen kleinen Teil der Fälle mit hoher Komorbidität konzentriert seien.

Die Lifetime-Prävalenz hingegen beläuft sich auf 46,4%, mit meist frühem Beginn zwischen 11 (Angststörungen) und 30 Jahren (affektive Störungen). Spätere Beginne sind meistens mit komorbiden Bedingungen verbunden mit einem geschätzten lifetime Risiko von 50,8% mit 75 Jahren an irgendeiner psychischen Störung zu leiden. Daher sollte die Prävention zu früher Behandlung vor allem bei den Jugendlichen ansetzen (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, Walters 2005).

Eine weitreichende Studie mit vielen Teilnehmern und vielen methodischen Designs ist die WHO-Studie, die 1998 vom International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE), in 20 Ländern Studien zur Ermittlung der Prävalenz von psychischen Störungen in Auftrag gegeben wurde. Zur Zeit liegen die Ergebnisse von sieben Ländern vor (WHO ICPE 2000). Dies sind Nordamerika (Kanada und USA), Lateinamerika (Brasilien und Mexiko), und Europa (Deutschland, Niederlanden und Türkei).

Im Zeitraum von 1990 bis 1996 wurden total 29'644 Personen in einem Altersrange von 18 bis 64 Jahren untersucht. Alle verschiedenen Studien basierten auf Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung, nicht auf Patienten. Die Interviews wurden face-to-face durchgeführt, nicht per Post oder Telefon. Sie alle brauchten eine Version des CIDI mit dem DSM-IV, um Diagnosen zu generieren (WHO ICPE 2000).

Die Störungen waren in den drei Gruppen Angsterkrankungen⁴, affektive Erkrankungen⁵ und Suchterkrankungen⁶ gefasst. Alle drei Klassen psychischer Störungen gingen einher mit sozialen Benachteiligungen. Die untersuchten Menschen mit psychischen Störungen hatten eher ein geringes Einkommen und geringe Bildung, waren eher arbeitslos und unverheiratet.

Abb. 1: Tabelle der Prävalenzschätzungen der WHO (2000):

	Lebenszeitprävalenz	Jahresprävalenz	Monatsprävalenz
Brasilien	36,3%	22,4%	17,2%
Kanada	37,5%	19,9%	10,4%
Deutschland	38,4%	24,4%	10,9%
Mexiko	20,2%	12,6%	6,7%
Niederlande	40,9%	23,0%	16,3%
Türkei	12,2%	8,4%	7,4%
USA	48,6%	29,1%	17,1%

Obwohl die WHO-Studie (WHO ICPE 2000) versuchte, mit den gleichen Erhebungsmethoden in verschiedenen Ländern die Prävalenz psychischer Störungen zu ermitteln, wurden grosse Schwankungen sichtbar; fast in allen drei Zeiträumen (Lebenszeitprävalenz, Jahres- und Monatsprävalenz) zeigten die USA die grössten Zahlen, während die Türkei die kleinsten Prävalenzzahlen aufwies.

Dies wird mit kulturellen, aber auch methodischen Besonderheiten erklärt. In manchen Ländern wurden sogar trotz ICD verschiedene Konzepte und Bilder von psychischen Störungen wie beispielsweise der Depression verwendet (WHO ICPE 2000, Kessler 2000b, Simon 2000).

Zusammenfassend ergeben die Untersuchungen der WHO eine weltweite Lebenszeit-Prävalenz von 12% bis 48% der Allgemeinbevölkerung, eine Jahresprävalenz von 12% bis 29% und eine Monatsprävalenz von 6% bis 17% (WHO ICPE 2000).

Die neuste Studie der WHO (2004) untersuchte in einer Haushaltsstudie mit face-to-face Interviews 60'463 Erwachsene aus der Allgemeinbevölkerung. Diagnostiziert wurde mit dem DSM-IV, erhoben wurde in 6 „less developed“ (S. 2581) und 8 entwickelten Ländern. Die Studie bestätigt die hohe Prävalenz psychischer Störungen weltweit.

Abb. 2: Tabelle der Jahres-Prävalenzschätzungen der WHO (2004):

Amerika:	Kolumbien	17,8%
	Mexiko	12,2%
	USA	26,4%

⁴ Angsterkrankungen: Panikstörungen, Agoraphobien, soziale Phobien, einfache Phobien und generalisierte Angststörungen (WHO ICPE 2000, S. 416)

⁵ Affektive Erkrankungen: major depression, Dysthymie, Manie (WHO ICPE 2000, S. 416)

⁶ Suchterkrankungen: Alkohol- und Drogenmissbrauch und -abhängigkeiten (WHO ICPE 2000, S. 416)

Europa:	Belgien	12,0%
	Frankreich	18,4%
	Deutschland	9,1%
	Italien	8,2%
	Niederlande	14,9%
	Spanien	9,2%
	Ukraine	20,5%

Nahost und Afrika:	Libanon	16,9%
	Nigerien	4,7%

Asien:	Japan	8,8%
	China	9,1%
	Shanghai	4,3%

Die ersten Studien zeigen eine Lebenszeit-Prävalenz psychischer Störungen von 20% bis 47% (Helgason 1964: 28%, Srole 1975: 47% für das Jahr 1954, 32% für das Jahr 1974, Neugebauer et al. 1980: 20%). Die ECA-Studie (Regier et al. 1984, Robins et al. 1991) hat 31%, die NCS (Kessler et al. 1994) 49% Lebenszeit-Prävalenz gefunden.

Die WHO (2000) hingegen schwankt zwischen 12% in der Türkei und 48% in USA Lebenszeit-Prävalenz. Die Jahres-Prävalenzen der neusten Studie der WHO (2004) reichen von 4,3% in Shanghai zu 26,4% in den USA. Zusammenfassend kann also von etwa einem Drittel Lebenszeit-Prävalenz ausgegangen werden.

Diese Studien zeigen, dass in den letzten Jahren das Problem der mentalen Gesundheit weltweit als wichtiges Problem zunehmend anerkannt wird, die Antworten darauf stehen noch aus (Thornicroft 2002).

Auch in Deutschland und in der Schweiz führten verschiedene Forscher epidemiologische Feldstudien durch. Sie befragten allerdings weniger Probanden als die grossen amerikanischen Studien. Daher werden diese Studien zwar im deutschsprachigen Raum beachtet und untereinander verbunden⁷, in der internationalen Forschungsgemeinschaft werden sie hingegen kaum gewichtet. Eine Ausnahme sind Wittchen et al. (1998), die sich an der WHO-Studie (ICPE 2000) beteiligten, womit auch Deutschland in dieser grossen Studie vertreten ist.

Als Erste führten Dilling und Weyerer (1984) im Zeitraum von 1975 und 1977 mit 1'536 Einwohnern der Kleinstadt Traunstein und der Orte Traunreut und Palling, im südöstlichen Bayern gelegen, eine repräsentative Felduntersuchung durch. Sie schrieben insgesamt 1'944 Personen an, die 15 Jahre und älter waren, davon konnten 276 nicht interviewt werden, da sie nach mehr als 10 Kontaktversuchen nicht erreicht werden konnten, von den verbliebenen 1'668 Personen verweigerten 132 (7,9%) das Interview.

Mit dem Goldberg-Cooper-Interview (Goldberg et al. 1970) und der Beschwerdeliste nach Zerssen (1976) ermittelten Ärzte der psychiatrischen Universitätsklinik München die Fall-

⁷ Schepank (1990) weist beispielsweise darauf hin, dass eine Vergleichsuntersuchung zwischen der Zürich-Studie und der Mannheimer-Studie lohnend wäre.

identifikation. Die aktuelle Punktprävalenz wurde gemäss ICD-8 diagnostiziert. Sie fanden 26,4% der erwachsenen Bevölkerung mit einer Diagnose einer neurotischen oder psychosomatischen Erkrankung, 7,4% mit Persönlichkeits- und Suchterkrankungen.

Der Frauenanteil überwog bei den neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen, der Männeranteil dagegen bei den Alkoholstörungen.

Schepank et al. (2000) kritisieren an dieser Studie, dass in „Diagnostik unerfahrene psychiatrische Assistenzärzte die Untersuchungen durchführten und ausserdem das Goldberg-Cooper-Interview zu grobmaschig“ (S. 12) für die Erfassung der psychosomatischen Symptome sei.

In einer Nachuntersuchung (Fichter 1990) blieb die Gesamtprävalenz (7-Tage-Punktprävalenz) für Personen ab 20 Jahre für eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung konstant und betrug für die erste Querschnittsuntersuchung 20,4% und für die zweite Querschnittsuntersuchung der 80-er Jahre 20,8%. Bei einem Beurteilungszeitraum von 5 Jahren erhöhte sich die Zahl der behandlungsbedürftigen Personen auf 31,5%.

Zu ähnlichen Resultaten kamen Schepank (1990); in ihrer ersten Querschnittsuntersuchung 1987 haben sie 22,8% der Bevölkerung als psychotherapiebedürftig beschrieben. Diese Zahl wurde in einer zweiten Studie (B-Studie) 1990 bestätigt.

Schepank (1987) hat in einer ersten Querschnittsuntersuchung (A-Studie) zwischen 1972 und 1979 insgesamt 600 Probanden, zufällig aus der Mannheimer Bevölkerung der Geburtsjahrgänge 1935, 1945, und 1955 ausgewählt. Die Probanden waren also zu diesem Zeitpunkt 25, 35 und 45 Jahre alt. Sie wurden von tiefenpsychologisch geschulten und klinisch-psychosomatisch erfahrenen Ärzten und Psychologen untersucht. Neben einem halbstandardisierten, tiefenpsychologisch orientierten Interview kamen zahlreiche sozialempirische und psychometrische Instrumente und Fragebögen zu kritischen Lebensereignissen sowie Expertenratings zum Einsatz.

Als Fall galt ein Proband, wenn er eine klinisch relevante Beeinträchtigung (quantitatives Kriterium, operationalisiert über den Beeinträchtigungs-Schwere-Score BSS), eine ICD-Diagnose einer psychogenen Erkrankung (qualitatives Kriterium, damals am ICD-8 orientiert) und zwar entweder eine Psychoneurose (ICD 300), eine Persönlichkeitsstörung (ICD 301), eine Suchterkrankung (ICD 303, 304,4) oder eine psychosomatische Erkrankung (ICD 305, 306) in den letzten sieben Tagen (Punktprävalenz) vorweisen konnte. Schwere somatische Erkrankungen und auch die grossen Psychosen wurden aus dem Suchfeld eliminiert.

Ziel dieser ersten Querschnittsuntersuchung war, mit einer verlässlichen Methodik und durch fachkompetente Untersucher zu ermitteln, welche psychogenen Erkrankungen wie häufig und in welchem Ausprägungsgrad in der Allgemeinbevölkerung vorkommen, wie gesund oder mit welchen „Bagatellsymptomen“ (S. 3) die Menschen belastet waren.

Die Haupteergebnisse dieser Untersuchung war eine Fallrate psychogen erkrankter Probanden von 26% der gesamten untersuchten Stichprobe (Psychoneurosen 7,16%, Charakterneurosen einschliesslich Suchterkrankungen 7,16% und psychosomatische Störungen 11,68%).

In einer ersten Folgeuntersuchung zwischen 1983 und 1985 wurden von den 600 Probanden der A-Studie 528 Probanden (88%) ein zweites Mal untersucht (B-Studie).

Die Befunde konnten repliziert werden. Lediglich 11% der Probanden hatten im Längsschnitt die Falleigenschaft in der einen oder anderen Richtung gewechselt (Schepank 1990).

In der zweiten Studie (1990) schätzte Schepank die lebenslange Prävalenz wie folgt ein: „30% der Probanden sind lebenslang Fälle; 8,5% schwere; 21,5% leichtere. Demgegenüber sind 29% lebenslang „kern“ gesund; weitere 41% gehören ebenfalls zu den Nichtfällen mit einem leichten Beeinträchtigungsschweregrad“ (S. 189).

In einer weiteren Studie konnten Schepank et al. (2000) diese Ergebnisse bestätigen und bilanzieren wie folgt: „An einem beliebigen Stichtag ist mehr als ein Viertel der gesamten deutschen Grosstadtbevölkerung von einer psychischen Erkrankung in nennenswertem Ausmass betroffen, - so stark wie eine Inanspruchnahmeklientel von Patienten mit krankheitswertigen Symptomen unterschiedlicher Art. Frauen sind deutlich stärker als Männer betroffen. Untere Sozialschichten mehr als die oberen. Beobachtet man die Befunde über mehr als ein Jahrzehnt, muss eine hochgradige Konstanz der Gesundheit oder Krankheit bei den einzelnen Menschen konstatiert werden. „Spontane“ Besserung ohne eine therapeutische Intervention ist nur bei einem kleinen Prozentsatz der Betroffenen festzustellen. Knapp die Hälfte der Menschen im Erwachsenenalter bleibt von ernsthaften psychogenen Erkrankungen verschont“ (S. 159).

Fichter (1990) fand am Stichtag und in den letzten 7 Tagen vor dem Interview bei 17,4% der Prävalenzstichprobe der 80-er Jahre eine psychische Erkrankung mit dem Schweregrad 1, bei 22,1% mit dem Schweregrad 2 – 4. Bei Berücksichtigung des 5-Jahres-Verlaufs fand er 55,6% Gesunde, 11,5% wiesen leichtere psychische Erkrankungen mit einem maximalen Schweregrad 1 auf, 23,3% mit Schweregrad 2 und 9,6% mit maximalem Schweregrad 3 bis 4. Der Prozentsatz der „Fälle“ stieg somit auf 32,9%. Nahezu ein Drittel der Allgemeinbevölkerung von über 20 Jahren litt also zumindest einmal innerhalb von fünf Jahren an einer psychischen Erkrankung, die behandlungsbedürftig war. Die psychiatrische Behandlungsrate im gleichen Zeitraum lag mit 9,3% weitaus niedriger.

Wittchen et al. (1998) haben als Teil des bundesweiten Gesundheitssurveys ebenfalls für die WHO, im Rahmen des Robert Koch-Instituts, Berlin, in einer Studie sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit der deutschen Allgemeinbevölkerung erfasst. Teilnehmer waren 7'124 Personen aus einer repräsentativen Einwohnermeldeamts-Bevölkerungsstichprobe. Wittchen et al. (1998) fanden eine Punktprävalenz von 32,1 %. 15,6 Millionen Deutsche also litten zum Zeitpunkt der Untersuchung unter zumindest einer psychischen Störung, mehr als zwei Drittel davon erfüllten die Kriterien für zumindest zwei Diagnosen.

Wittchen und Jacobi (2005) haben in einer Meta-Analyse 27% der erwachsenen EU-Bürger zwischen 18 und 65 Jahren als an mindestens einer psychischen Störung in den letzten 12 Monaten leidend, erfasst. Zudem wiesen die Betroffenen eine beträchtliche Arbeitsbeeinträchtigung in Form von Abwesenheitstagen auf. Nur 26 % aller Fälle erhielten irgendeine und noch weniger eine angemessene Form von Behandlung.

Meyer et al. (2000) fanden in ihrer Studie im Rahmen des Projekts TACOS (Transitions in Alcohol Consumptions and Smoking) eine Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen von 45,4%. Sie haben 4'075 18- bis 64-jährige Personen aus der Allgemeinbevölkerung der norddeutschen Region Lübeck mit dem M-CIDI (Münchener Composite International Diagnostic Interview) in persönlichen Interviews mit dem Klassifikationssystem DSM-IV untersucht. Brisant an dieser Studie ist, dass der bisher von der Epidemiologie vernachlässigte Tabakkonsum und die Tabakabhängigkeit mit eingeschlossen wurden. Ohne diese Diagnose (9%) ergäbe die Gesamtprävalenz 35,6%.

In der Schweiz wurden Störungen der Angst und Depression erfasst. Wacker (1995) untersuchte in Basel eine repräsentative Stichprobe von 261 Frauen und 209 Männern im Alter von 18 bis 63 Jahren. Er fand 46,1% Frauen und 26,8% Männer mit Angststörungen und 29,8% Frauen und 14,3% Männer mit Depressionserkrankungen. Auffällig und nicht geklärt ist die hohe Zahl von 46,1% Angststörungen.

Angst und Sellaro (2001) haben innerhalb der Zürich-Studie (1999) 299 Frauen und 292 Männer im Alter von 20 bis 35 Jahren untersucht und fanden 13% Angststörungen bei den Frauen und 5,8% bei den Männern; 11% depressive Störungen bei den Frauen und 6,7% bei den Männern.

In Anbetracht der Zahlen aus Deutschland (Wittchen et al. 1998: 32% Punktprävalenz, Meyer et al. 2000: 35% Lebenszeitprävalenz, Dilling und Weyerer 1984: 34% Punktprävalenz, Fichter 1990: 20% Punktprävalenz, Schepank 1990: 26% Punktprävalenz und 30% Lebenszeitprävalenz) und der amerikanischen Zahlen, kann für die Schweiz konservativ eine Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen um 30% geschätzt werden.

Psychische Störungen sind derart häufig, dass wir nach Rössler (2003) „davon ausgehen dürfen, dass alle eine oder mehrere Personen kennen, die von einer psychischen Krankheit betroffen sind“ (S. 3).

Dieser vorsichtigen Interpretation der Zunahme psychischer Störungen steht Brundtland (2000), die Direktorin der WHO (1998 bis 2003), gegenüber, die von einem „dramatic increase in mental problems in the coming years“ (S. 411) spricht.

In der dritten Welt erwarten Mubbashar und Saeed (2000) einen steilen Anstieg der psychischen Störungen in den kommenden Jahren, weil eine wachsende Anzahl Menschen überhaupt das Alter⁸ erreiche, in dem diese Erkrankungen ausbrechen. Ebenso zeigen die Untersuchungen der WHO (ICPE 2000) einen weltweiten Anstieg der psychischen Störungen. Murray und Lopez (1997) schätzten vor knapp 10 Jahren, dass die unipolare Depression weltweit im Jahre 2020 an zweiter Stelle der kostenintensivsten und beeinträchtigendsten Erkrankungen vorrücken werde.

2.1.1.3 Prävalenz psychischer Störungen in den hausärztlichen Praxen

Psychische Störungen kommen in der generellen, allgemeinärztlichen Gesundheitsversorgung oft vor, je nach Studie und verwendeter Definition zwischen 20% und 93% Stichtagsprävalenz (Zintl-Wiegand et al. 1980: 35,5%, Meyer et al. 1991: 20% bis 30%, Hansson et al. 1994: 30,2% wahrscheinliche und 19,2% behandlungsbedürftige Fälle, Linden et al. 1995: 25,2%, Araya et al. 1994: 53%, Üstün und Sartorius 1995: 24%, Haltenhof et al. 2000: 26,9%, Schmitz et al. 2002: 46,4% bis 93,7%). Am wichtigsten ist dabei die Depression, sie

⁸ Die Sterblichkeitsstatistik belegt klar einen Anstieg der Lebenserwartung wie nie zuvor im letzten Jahrhundert. 1990 lag die Lebenserwartung in den etablierten marktwirtschaftlich orientierten Ländern für Frauen bei 81 Jahren, für Männer bei 74 Jahren, fürs Jahr 2020 wird sie für Frauen bei 88 Jahren und für Männer bei 79 Jahren geschätzt (Murray und Lopez 1997, S.1499).

ist nach Shah (1992) der dritthäufigste Grund, allgemeinärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Menschen mit psychischen Störungen konsultieren die somato-medizinischen Dienste häufiger als Gesunde (Mechanic 1991, Franz und Schepank 1994, Araya et al. 1994, Üstün und Sartorius 1995, Schmitz et al. 2002). Sie fühlen sich somatisch schlechter, da psychische Störungen die eigene Gesundheitswahrnehmung negativ beeinflussen (Franz und Schepank 1994, Üstün und Sartorius 1995) und nehmen im Vergleich zu Patienten mit nur körperlichen Symptomen den Hausarzt mehr als doppelt so viel in Anspruch (Meyer et al. 1991).

Sie bekommen mehr Medikamente verschrieben und nehmen sie auch ein, und zwar nicht nur Psychopharmaka, sondern auch die aufgrund somatischer Beschwerden verordneten Medikamente (Franz und Schepank 1994).

Unter den Normalbenutzern medizinischer Einrichtungen leiden 46,4%, unter den Vielbenutzern medizinischer Einrichtungen sogar 93,7% unter psychischen Störungen (Schmitz et al. 2002).

Auch in Chile fanden Araya et al. (1994), dass Patienten mit psychischen Störungen die Hausärzte häufiger konsultierten. Von 163 Anwärtern auf eine medizinische Behandlung fanden sie bei 53% psychische Störungen vor.

Leaf et al. (1985) haben 40%, Rössler et al. (1993) in Luxemburg 43,6% Hilfesuchende gefunden, die sich mit ihren psychischen Problemen zuerst an ihren Hausarzt wandten. Andere Patienten, die sich entscheiden, Hilfe für ihre Probleme aufzusuchen, bieten eine Somatisierung an (Üstün und Sartorius 1995, Faller und Lang 1997) mit der sie zuerst zum Hausarzt gehen (Strauss et al. 1991, Franz et al. 1994, Üstün und Sartorius 1995, Kächele 2000).

Menschen mit psychischen Störungen sind gemäss Franz und Schepank (1994) auch im somatischen Bereich durchwegs die häufigeren Nutzer des Gesundheitssystems und nehmen die somato-medizinischen Angebote inadäquat in Anspruch.

Die Autoren untersuchten innerhalb der Mannheimer Kohortenstudie zur Epidemiologie psychogener Erkrankungen 240 Probanden einer der Allgemeinbevölkerung entstammenden Risikostichprobe und fanden 162 Gesunde oder Nichtfälle und 78 Personen mit der Diagnose einer psychischen Störung. Diese brauchten durchwegs mehr medizinische Hilfsangebote als die Nichtfälle und „nur 2,5% der Fälle gaben als Massnahme des letzten Arztbesuches Psychotherapie an“ (S. 40). So wurden auch deutlich psychogen Beeinträchtigte vorwiegend nicht psychotherapeutisch, sondern somato-medizinisch behandelt.

Ebenso überwogen die Patienten mit psychischen Störungen bei den Krankschreibungen; nicht nur bei den aufgrund psychogener Beschwerden Krankgeschriebenen, sondern auch bei den aufgrund somatischer Beschwerden Krankgeschriebenen überwogen die Patienten mit psychogenen Störungen deutlich. Auch bei den Klinik- und Kuraufenthalten war der Anteil der Fälle mit psychischen Störungen gegenüber den Nichtfällen erhöht.

Dies spreche für ein frustantes Hilfesuchverhalten psychogen Erkrankter und sei Ausdruck einer basalen Unzufriedenheit mit den bisherigen somato-medizinischen Therapieversuchen, so dass diese Patienten im Rahmen der gegenseitigen Rollenerwartungen der konventionellen

Arzt-Patient-Beziehung zunehmend körperbezogene Beschwerden zum Anlass ihrer Arztbesuche machten.

Eine umfassende Studie im Auftrag der WHO präsentierten Üstün und Sartorius (1995) mit der „Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care“. 14 Länder partizipierten an der Studie; in Gesundheitszentren, Polikliniken und ärztlichen Allgemeinpraxen wurden insgesamt 25'000 Patienten untersucht. Die Fallrate wurde dabei mit drei Methoden ermittelt: mit der Selbstdefinition des Probanden mittels des CIDI, der Einschätzung des Hausarztes und mit dem Instrument GHQ (General Health Questionnaire) (Goldberg 1978).

24% aller Allgemeinarztpatienten litten an psychischen Krankheiten; am häufigsten an depressiven Störungen, gefolgt von Angsterkrankungen, Alkoholkrankheiten und somatoformen Störungen. 9% der Patienten hatten psychologische Probleme, die sich nicht mit den Kriterien einer formalen Diagnose messen liessen, sie zeigten jedoch klinisch bedeutsame Symptome und waren funktionell eingeschränkt. Weitere 31% zeigten leichtere Symptome und 36% konnten als gesund bezeichnet werden.

Abb. 3: Tabelle der Prävalenzschätzungen psychischer Störungen in der hausärztlichen Versorgung (Goldberg und Lecrubier 1995):

Stadt, Land	Depression (%)	Angst (%)	Alkohol (%)	Alle Störungen (%)
Ankara, Türkei	11,6	0,9	1,0	16,4
Athen, Griechenland	6,4	14,9	1,0	19,2
Berlin, Deutschland	6,1	9,0	5,3	18,3
Groningen, Niederlande	15,9	6,4	3,4	23,9
Ibadan, Nigerien	4,2	2,9	0,4	9,5
Mainz, Deutschland	11,2	7,9	7,2	23,6
Manchester, UK	16,9	7,1	2,2	24,8
Nagasaki, Japan	2,6	5,0	3,7	9,4
Paris, Frankreich	13,7	11,9	4,3	26,3
Rio, Brasilien	15,8	22,6	4,1	35,5
Santiago, Chile	29,5	18,7	2,5	52,5
Seattle, USA	6,3	2,1	1,5	11,9
Shanghai, China	4,0	1,9	1,1	7,3
Verona, Italien	4,7	3,7	0,5	9,8
Total:	10,4	7,9	2,7	24,0

Trotz aller methodologischer Vorsicht, standardisierten Messungen und sorgfältig geplanten Pilotstudien variierten die Prävalenzen der Störungen zwischen den einzelnen Zentren beträchtlich, von 52,5% Prävalenz in Santiago bis zu 7,3% in Shanghai. Goldberg und Lecrubier (1995) formulieren vier mögliche Erklärungen für die unterschiedlichen Prävalenzen: „true differences in prevalence, differences in concepts of illness, differences in tendency to seek help in each culture, and demographic differences in the help-seeking populations“ (S. 324). Auch Simon et al. (2002) und Kessler (2002) führen kulturelle Unterschiede an, um die diagnostischen Unterschiede weltweit zu erklären.

Vor allem die Allgemeinarzt-Patienten mit diagnostizierten psychischen Problemen nahmen ihre Gesundheit als schlecht wahr. Dies galt auch zu einem kleineren Teil bei den 9% der Patienten, die zwar psychische Probleme, aber keine feste Diagnose hatten. Diese waren in den physischen und sozialen Funktionen sogar stärker eingeschränkt als die Patienten mit somatischen Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes, Arthritis und Rückenschmerzen (Üstün und Sartorius 1995).

In industrialisierten Ländern wie auch in den Drittweltländern präsentierten die Patienten mit psychischen Problemen vorwiegend somatische Beschwerden; Rückenschmerzen, Atmungsschwierigkeiten und Benommenheit (auch Wells et al. 1994).

Zintl-Wiegand et al. (1980) und Dilling und Weyerer (1984) hingegen fanden, dass mindestens ein Drittel aller Patienten in Allgemeinkrankenhäusern und Polikliniken keine somatische Erkrankungen zeigen, sondern funktionelle oder psychogene Beschwerden schildern.

Sowohl Feldstudien wie auch akademischen Studien, also unbehandelte und behandelte Prävalenz, zeigen eine hohe Prävalenz psychischer Störungen, die zwischen einem 20% bis 50% schwankt, so dass wir von einem Drittel der Allgemeinbevölkerung ausgehen, der ein oder mehrere Male im Leben mindestens eine psychische Störung erfahren wird.

2.1.2 Merkmale psychischer Störungen

2.1.2.1 Probleme der unterschiedlichen Prävalenzen am Beispiel der Depression

In akademischen Untersuchungen und in Feldstudien finden sich am häufigsten die Diagnosen der Depressionen und Angststörungen, von denen häufiger Frauen betroffen sind, während Männer eher unter Substanzen-Störungen⁹ und antisozialen Persönlichkeitsstörungen leiden. Eine besondere Stellung nehmen die somatoformen Störungen¹⁰ ein.

⁹ Substanzenabus-Störungen, die führende Störung der Männer, zeigten sich mit hohen Prävalenzwerten in den USA (Regier et al. 1984: 13,7% Alkoholabhängigkeit und 5,6% Drogenabhängigkeit, Kessler et al. 1994: 26,6%, WHO ICPE 2000: 28,2%) und in Deutschland (Meyer et al. 2000: 25,8%, WHO ICPE 2000: 21,5%). Goldberg und Lecrubier (1995) hingegen fanden in Berlin lediglich 5,3% Alkoholabhängigkeit, die höchsten Werte mit 7,2% in Mainz.

¹⁰ Die Lebenszeit-Prävalenz der somatoformen Störungen wurde in den amerikanischen Studien wie in der NCS-Studie (Kessler et al. 1994) gar nicht oder wie in der ECA-Studie nur zu 0,09% (Regier et al. 1984, Robins und Regier 1991) erhoben. Allerdings kritisieren Häfner und Franz (2000) an der ECA-Studie „die Datenerhebung durch trainierte Laien, die speziell bei funktionell-vegetativen bzw. somatoformen Störungen unrealistisch niedrige Resultate erbrachte“ (S. 13). Der unter einem Prozent liegende Wert der somatoformen Störungen widerspreche jeglicher klinischer Erfahrung. Dieser Artefakt mache das Epidemiological Area Program für alle Belange der Psychosomatischen Medizin gegenstandslos und werfe erhebliche Zweifel an der Brauchbarkeit des DIS und des DSM-III auf (vgl. Kessler et al. 1994). Auch Goldberg und Lecrubier (1995) fanden in der internationalen Studie der WHO (ICPE 2000) zum Vorkommen von psychischen Störungen in der Allgemeinpraxis (Üstün und Sartorius 1995) nur 2,1% Somatisierungsstörungen.

Somatoforme Störungen werden nach Hickie et al. (2000) so selten erkannt und behandelt, weil sie oft komorbid mit Depressions- und Angststörungen vorkämen, dies jedoch weder vom Arzt, noch vom Patient erkannt und verstanden werde. Als Folge würden in aufwändiger Weise körperliche Symptome wie chronische Müdigkeit und chronische unspezifische Schmerzen medizinisch behandelt. Somatoforme Störungen seien Kommunikati-

Die Depression gehört nach Murray und Lopez (1997) bereits jetzt zu kostenintensivsten und leidvollsten Erkrankungen. Zudem ist sie die bedeutendste psychische Erkrankung für Frauen (Kap. 2.1.3.4). Daher soll am Beispiel der Depression das Problem der unterschiedlichen Prävalenzen dargestellt werden.

Die Lebenszeitprävalenz der Depression fand sich in den USA zwischen 9,9% (Regier et al. 1984), 19,3% (Kessler et al. 1994), 19,4% (WHO ICPE 2000) und 16,2% (Kessler et al. 2003a). In Deutschland zeigten sich tiefere Zahlen; zwischen 12,3%, (Meyer et al. 2000) und 17,1% (WHO ICPE 2000).

Goldberg und Lecrubier (1995) haben mit 29,5% die höchsten Werte in Santiago, mit 2,1% die tiefsten Werte in Nagasaki gefunden. Auch Simon et al. (2002) fanden die höchsten Werte mit 21, 6% in Südamerika (Rio de Janeiro, Santiago) und die tiefsten Werte mit 2,2% in Asien (Nagasaki und Shanghai).

Die sehr unterschiedlichen Prävalenzen in den einzelnen Ländern werden verschieden erklärt. Nach Goldberg und Lecrubier (1995) gibt es tatsächlich unterschiedliche wahre Prävalenzen, ebenso seien die Konzepte der einzelnen Störungen sehr unterschiedlich, so diene in den USA das „burnout“ (S. 327), in China die „kidney weakness“ (S. 327) oder das „postviral fatigue“ (S. 327) in Europa dazu, unspezifische Symptome von Stress zu bezeichnen. Ebenso beständen kulturelle Unterschiede im Hilfesuchverhalten und schliesslich seien demografische Unterschiede vorhanden.

Soziale und kulturelle Faktoren würden auch nach Simon et al. (2002) die Depression stärker als bipolare Störungen und Schizophrenien beeinflussen. Während bei bipolaren oder psychotischen Störungen die Symptome deutlich entfernt seien von alltäglichem Erleben (Halluzinationen, stockendes Reden, körperliche Erregung), seien depressive Symptome schwerer abzugrenzen von alltäglichem Erleben (sich müde fühlen, Gewicht zu- oder abnehmen). Ausserdem seien die Symptome bei der Depression nur durch Konversation zu erheben, nicht durch biochemische oder mechanische Massnahmen.

Die Depression sei jedoch nicht abhängig von kulturellen und sozialen Einflüssen. Das depressive Syndrom zeige sich in den unterschiedlichen Kulturen und Sprachen und Ländern ganz ähnlich und die Auswirkungen und Beeinträchtigungen des Lebens durch die Depression sei universal (Simon et al. 2002).

Kessler (2002) hingegen erklärt die unterschiedliche Prävalenz der Depression in den einzelnen Ländern mit drei Faktoren:

1. Die Prävalenz der Depression habe zugenommen in den kürzlichen Kohorten. So zeigten ältere epidemiologische Studien ein geringeres Vorkommen der Depressionen.
2. Der Widerstand, depressive Symptome zuzugeben, sei gesunken, was ebenfalls die Prävalenzrate in neueren Studien erhöhe.

ons-Versuche, die vor allem vom primärärztlichen Versorgungssystem erkannt und angemessen behandelt werden müssten.

In Deutschland fanden Jacobi et al. (2002) jedoch die somatoformen Störungen in allen Altersgruppen hochprävalent (Jahres-Prävalenz: 11%, Lebenszeitprävalenz: 16%), Meyer et al. (2000) fanden 12,9% Lebenszeit-Prävalenz, und auch Abt (1990) hat die höchste Prävalenzrate (8,4%) bei den psychosomatischen Störungen gefunden.

3. Gewisse methodologische Besonderheiten seien zu beachten. So brauchte beispielsweise die NCS (Kessler et al. 1994) Filterfragen, ob sich der Proband einmal zwei Wochen lang täglich niedergeschlagen und traurig fühlte. Erst nachdem diese Frage bejaht wurde, wurde weiter nach Symptomen gefragt. Retrospektiv habe sich gezeigt, dass manche Probanden diese Fragen nicht beantworteten, weil sie gemerkt hatten, dass dies zu einer detaillierteren Befragung führte. Andere Probanden seien überfordert, Fragen nach der seelischen Befindlichkeit über eine ganze Lebensspanne zu beantworten, wenn die Lebenszeit-Prävalenz erhoben werden sollte.

Basierend auf diesen Überlegungen schliesst der Autor, dass mindestens eine von sechs Personen in der amerikanischen Bevölkerung an einer „MD“ (S. 27) (Major Depression mit mindestens fünf klinisch signifikanten Symptomen in mindestens zwei Wochen) und mindestens eine von vier Personen an einer „mD“ (S. 27) (minor Depression mit zwei bis vier klinisch signifikanten Symptomen über mindestens 2 Wochen) leide.

In der NCS-R (Kessler et al. 2003a), einer Folgeuntersuchung der NCS (Kessler et al. 1994), wurden 9'090 Personen in den USA untersucht und dabei eine Lebenszeit-Prävalenz der Major Depression von 16,2% und eine Jahres-Prävalenz von 6,6%, dabei 10,4% milde, 38,6% moderate, 38,0% schwere, und 12,9% sehr schwere Störungen gefunden. Im Mittel dauerten die Störungen 16 Wochen.

Besonders depressiv Erkrankte sind von der Stigmatisierung betroffen, denn die Krankheitswertigkeit der depressiven Beschwerden werden oft nicht anerkannt, sowohl von den Gesunden wie auch von den Depressiven selbst (Lauer et al. 2002, Härter et al. 2007); die depressive Person sollte sich mehr anstrengen, dann würde es ihr besser gehen. Während psychotische Symptome in der Regel von gesunden Menschen nur in Extremsituationen erlebt werden, gehören depressive Symptome zum alltäglichen Erleben von Gemütslagen, die jeder kennt. Auch dieser Umstand ist bei den unterschiedlichen Prävalenzen der Depressionen zu beachten.

2.1.2.2 Komorbidität

Seit den 80-er Jahren wird der Begriff der Komorbidität häufig in der Diagnostik verwendet, jedoch im klinischen Alltag oft zu wenig berücksichtigt (Küchenhoff et al. 2001). Dies ist bedeutsam, weil vor allem Patienten mit den schwersten psychischen Störungen und mit einem niedrigen Sozialstatus gewöhnlich an einer Mehrzahl von diagnostischen Syndromen der ICD- und DSM-Kriterien leiden (Kessler et al. 1994, Brieger et al. 2000, WHO ICPE 2000).

Dies sei jedoch weitgehend eine methodische Konsequenz der Diagnosestrategien und werde somit wissenschaftlich überschätzt, meinen Brieger et al. (2000): „ICD-10 und DSM-IV müssen als das gesehen werden, was sie sind: Mehr oder weniger wissenschaftlich begründete Konventionen auf dem Weg zu einer valideren Diagnostik, die aus methodischen Gründen zwangsläufig zu Komorbidität führen“ (S. 533).

Während früher in der Tradition Karl Jaspers (1973) und Kurt Schneiders (1946) nur eine Diagnose für einen Patienten als zulässig angesehen wurde, würde eine Patientin mit einer neurotischen Depression nach Brieger et al. (2000) heute 5 ICD-10-Diagnosen bekommen,

nämlich eine: „mittelgradig depressive Episode (F 32,1), Dysthymie (F34,1), hypochondrische Störung (F 45,2), nichtorganische Insomnie (F 51,0) und ängstliche Persönlichkeitsstörung (F 60,6)“ (S. 535).

Etwa ein Fünftel der Allgemeinbevölkerung erfüllt die Kriterien für mindestens zwei Diagnosen (Wittchen et al. 1998¹¹), etwa ein Sechstel (Kessler et al. 1994¹²) und 10% der Allgemein- arztpatienten (Goldberg und Lecrubier 1995) für mindestens drei Diagnosen. Dabei gelten komorbide Störungen als Störungen mit generell schwerer Symptomatik, die gehäuft Therapieresistenzen aufweisen (Katon 1990), wenn überhaupt Therapie in Anspruch genommen wird (Kessler et al. 1994, Frise et al. 2002¹³). Lediglich Bland et al. (1997) fanden, dass vor allem junge (unter 45 Jahren) Frauen, die schwere und komorbide Störungen zeigten, eine Behandlung erfahren hatten, während 72% der Personen mit nur einer psychischen Störung keine Hilfe in Anspruch nahmen und ein Drittel der Personen, die sich behandeln liessen, keine DSM-III oder DIS diagnostizierte Störung zeigten.

2.1.2.3 Chronizität und Chronifizierung

Psychische Störungen gehören zu den häufigsten und höchst leidvollen Störungen in der Allgemeinbevölkerung, denn sie haben unter den chronischen Erkrankungen die schädigendsten Auswirkungen überhaupt (Kessler et al. 2000a), weisen eine hohe Stabilität im spontanen Langzeitverlauf auf (Madianos et al. 1998, Schepank 1990, Franz et al. 2000) und die Ausprägungsschwere nicht behandelter Störungen nimmt sogar im Verlauf zu (Franz, Schepank, Reister und Schellberg 1994, Kessler et al. 2000a). Oft verlaufen diese Erkrankungen nicht gutartig, sondern chronifizieren ohne bedeutsame Tendenz zur Spontanremission (Ormel et al. 1990, Fichter 1990, Schepank 1990, WHO ICPE 2000).

Vergleiche zwischen den Lebenszeit- und den kürzeren Prävalenzen zeigen, dass psychische Krankheiten oft chronisch sind, wobei die Angsterkrankungen mehr als depressive oder Suchtmittelerkrankungen chronifizieren (WHO ICPE 2000). Wittchen et al. (1998) jedoch meinen, psychische Störungen seien nicht grundsätzlich chronische, sondern vielmehr episodische Erkrankungen.

Bereits Ringel und Kropiunigg (1983) wiesen auf die Chronifizierung hin, die sich wegen verspäteter Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung ergibt: „Ritualisierte

¹¹ Wittchen et al. (1998) fand in Deutschland eine Punktprävalenz von 32% psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Dabei erfüllten zum Zeitpunkt der Untersuchung mehr als zwei Drittel die Kriterien für zumindest zwei Diagnosen.

¹² Resultate aus der NCS (Kessler et al. 1994) zeigten, dass in den USA 50% der untersuchten Personen von mindestens einer psychischen Störung in ihrem Leben, nahezu 30% von einer Störung im letzten Jahr berichteten. Die häufigsten Diagnosen waren depressive Episoden, Alkoholabhängigkeit, soziale Phobien und einfache Phobien. Mehr als die Hälfte aller Lebenszeit-Diagnosen kamen bei den 14% vor, die unter drei und mehr komorbiden Störungen litten. Dieser grosse Anteil von Personen mit mehreren Störungen zeigte auch die schwersten Diagnosen. Bei den Frauen erhöhte sich die Rate der affektiven Störungen und der Angststörungen, bei den Männern die Rate der Substanzenabusus- und der antisozialen Persönlichkeitsstörungen. Die meisten Störungen verringerten sich mit höherem Alter und höherem sozioökonomischen Status. Die meisten der Menschen mit psychischen Störungen würden keine professionelle Behandlung erfahren; weniger als die Hälfte derjenigen, die an mehr als drei schweren psychischen Störungen leiden, befänden sich in professioneller Behandlung.

¹³ Frise et al. (2002) fanden in Kanada, konsistent mit der NCS (Kessler et al. 1994), dass nur eine von 6 Personen mit mehr als drei Diagnosen, also komorbiden Störungen, je eine Behandlung erhielt.

Diagnose- und Behandlungsverfahren führen zu spezifischen Patientenkarrieren, deren Basisindikatoren die Länge der Verweildauer in konservativer Behandlung und die Kontaktfrequenz mit medizinischen Instanzen sind. So verbringen psychosomatisch Erkrankte, die an der Psychosomatischen Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien aufgenommen werden, nach unseren Berechnungen 6 Jahre und 3 Monate in konservativer Behandlung und weisen eine durchschnittliche ärztliche Kontaktfrequenz von 78 auf¹⁴ (S. 56).

Auch Balint (1976) hat auf die schädigenden möglichen Chronifizierungen hingewiesen, die als Folge nicht erkannter und nicht behandelter Störungen auftreten können. Streeck et al. (1986) sprechen von acht, Meyer et al. (1991) von durchschnittlich sieben Jahren (Frauen sechs und Männer acht Jahre), Buller et al. (1992) von durchschnittlich fünf Jahren und Kessler et al. (1998) haben den Median zwischen sechs und 14 Jahren gefunden, bis eine Behandlung eingeleitet wird.

Wang et al. (2005a) fanden in den USA innerhalb der NCS Replikations-Studie, dass die meisten Menschen mit einer lifetime-Diagnose einmal einen Behandlungskontakt suchen, jedoch am meisten diejenigen mit einer affektiven Störung, mit einer Verspätung zwischen sechs und acht Jahren, während diejenigen mit Angststörungen dies deutlich weniger taten und Verspätungen zwischen neun und 23 Jahren zeigten.

Diese „Patientenkarrieren“ (Streeck et al. 1986, S. 1) bedeuten für die Krankenkassen enorme Kosten¹⁴ und für die „fehlgeleiteten Patienten“ (Ringel und Kropiunigg 1983, S. 118) eine unnötige lange Leidensdauer, in denen sie oft auch das Vertrauen in ihre eigenen Ressourcen verlieren und glauben, nichts aktiv für ihre Heilung unternehmen zu können. In der Folge kann die Chronifizierung einen so starken Ausprägungsgrad erreichen, dass sie zur Arbeitsunfähigkeit führt und eine Frühberentung in Erwägung gezogen werden muss.

Auch Potreck - Rose et al. (1994) betonen das „offensichtliche und unbestreitbare Phänomen der Chronifizierung“ (S. 136). Sie bezweifeln jedoch einen ursächlichen Zusammenhang von Chronifizierung und Versorgungsdefiziten. In einer eigenen Untersuchung belegen sie, dass ein Drittel der Patienten, die sich stationär psychosomatisch oder psychotherapeutisch behandeln liessen, eine lange Chronifizierungsdauer aufweisen. 30% - 40% jedoch wiesen eine Anamnesedauer von ein bis zwei Jahren auf, was Potreck - Rose et al. (1994) als kurze Chronifizierungsdauer ansehen. Die Gleichsetzung von Chronifizierung mit Erkrankungsdauer stelle eine Verkürzung eines komplexen Phänomens dar. Damit werde die Eigendynamik von Krankheitsverläufen unter- und zugleich würden die Behandlungsmöglichkeiten überschätzt (ebda).

Ebenso bezeichnet Kächele (2000) die Verbindung verspäteter Behandlungsanspruchnahme und Chronifizierung als eine „rhetorische Lieblingsfigur der Psychosomatik im deutschen Sprachraum“ (S. 16). Chronifizierung verhindern zu können, sei eine Illusion, denn es müsse die Art des Krankheitsbeginns und -verlaufs, das Ausmass der psychotherapeutischen Vorbehandlungen und die hochvariable Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit berücksichtigt werden. „Freuds berühmtes Diktum, dass die Neurose oft der einzige Reichtum der Armen sei - sie verdeutlicht das Motiv mancher Patienten, die Wartezeit zu einem Erstinterviewtermin „ad calendas graecas“ zu prolongieren und eine Warteschleife via anderen lebensverlängernden Massnahmen zu präferieren“ (S.18).

¹⁴ Baltensperger (1996) weist darauf hin, dass in der Schweiz die Kosten dieser Fehlbehandlungen von der Grundversicherung der Krankenkassen übernommen werden. Die fachgerechte Behandlung bei einem psychologischen Psychotherapeuten hingegen muss zum grossen Teil vom Patienten selber bezahlt werden.

Damit weist Kächele (ebda) auf die wichtige innere Motivation hin, welche für eine Psychotherapieaufnahme entscheidend ist. Die häufige Chronifizierung psychischer Störungen kann nicht nur mit der fehlenden Behandlungsinanspruchnahme erklärt werden. Sowohl die Chronifizierungstendenz als auch die zögernde Behandlungsinanspruchnahme sind Merkmale psychischer Störungen, die machtvollen, oft verborgene Funktionen haben.

Nübling (1992) fand in einer empirischen Untersuchung zur Bedeutung der Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept für stationär-psychosomatische Heilverfahren, dass das Ausmass der Angst vor Stigmatisierung, sowie die Hoffnung auf Besserung eine grosse Rolle bei der Entscheidung, sich in psychotherapeutische Behandlung zu geben, spielten. Chronifizierte Patienten zeichneten sich durch höhere Initiative und Wissen hinsichtlich einer psychosomatischen Behandlung, durch eine höhere kindheitsspezifische Ursachenattribution sowie durch eine niedrigere Ausprägung der Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit aus. Nübling (ebda) vermutet daher, dass es vielen Patienten „nach einer längeren Erkrankungsdauer erst möglich ist, auch die Inanspruchnahme psychosomatischer bzw. psychotherapeutischer Hilfe für sich zu erwägen“ (S. 218).

Ob psychische Störungen oft chronifizieren, weil dieser Vorgang zum Wesen einer psychischen Veränderung und Störung gehört, also ein störungsimmanentes Geschehen ist, oder ob die verspätete Inanspruchnahme infolge nicht erkannter Störungen die Ursache für eine Chronifizierung ist, kann nicht abschliessend beantwortet werden. Sicher ist, psychische Störungen sind in der Regel langdauernde Zustände, deren psychotherapeutische Behandlungen viel Zeit erfordern, wenn es überhaupt zu einer Behandlung kommt.

2.1.3 Demografische Faktoren bei Menschen mit psychischen Störungen

2.1.3.1 Alter

Psychische Störungen zeigen typischerweise einen frühen Beginn¹⁵; 15 Jahre bei Angsterkrankungen, 21 Jahre bei Suchtmittelkrankheiten und 26 Jahre bei affektiven Störungen (WHO ICPE 2000). Durch den sehr frühen Erkrankungsbeginn und das häufige Vorkommen der Chronizität manifestiert sich bei vielen Menschen eine psychische Störung das ganze Leben hindurch. Kessler et al. (1994) haben in der NCS gefunden, dass psychische Störungen früh auftreten und sich mit zunehmendem Alter der Betroffenen in der Schwere eher verringern.

¹⁵ Bijl et al. (2002) untersuchten 5'618 dänische Personen zwischen 18 und 64 Jahren aus der Allgemeinbevölkerung auf die Ersterkrankungsrate. Für Männer und Frauen waren die Ersterkrankungsraten am höchsten im jungen Alter. Innerhalb eines Jahres fanden sie eine Ersterkrankungsrate irgendeiner psychischen Störung (aus 15 DSM-III-R Diagnosen) von 5,68% (Männer 4,45% und Frauen 6,94%). Die am meisten diagnostizierten Störungen waren bei den Frauen mit 3,9% die Major Depression und mit 3,17% die Einfache Phobie, bei den Männern mit 4,09% Alkoholstörungen und mit 1,72% die Major Depression.

Frise et al. (2002) untersuchten (allerdings nicht mit einem standardisierten Messinstrument) 3'062 Frauen zwischen 25 und 74 Jahren in Ontario. Sie fanden bei 27% der Frauen depressive Störungen, bei 21% Angststörungen. Obwohl sie die ganz jungen Frauen unter 25 Jahren nicht erfassten, verzeichneten sie vor allem bei den jungen Frauen einen Anstieg der psychischen Störungen und eine Zunahme der komorbiden Störungen.

Vor mehr als 20 Jahren belegten Dilling und Weyerer (1984) eine Inzidenzrate von 10% in der Altersgruppe der über 65jährigen für neurotische, reaktive und psychosomatische Erkrankungen. Die grosse Bedeutung der psychischen Störungen im Alter wird jedoch eher zögerlich formuliert (Radebold 1990).

Die WHO (2001b) hingegen unterstreicht die bedeutende Rolle des weltweiten Anstiegs der älteren Bevölkerung, welcher mit diversen somatischen und seelischen Störungen verbunden ist. Zusätzlich zur Alzheimer Erkrankung seien depressive Störungen, Angststörungen und psychotische Störungen häufig. Die Suizidrate erreiche ihren Gipfel besonders bei den älteren Männern. Medikamenten- und Alkoholmissbrauch seien häufig, jedoch meist verschwiegen und daher unbehandelt, was nicht nur für die betroffenen Älteren, sondern auch für deren Familien grosses Leiden verursache. Ein doppeltes Stigma „attached to mental disorders in general and to the end of life in particular“ (S. 70) sei für die geringe Behandlungsrate verantwortlich.

Powers et al. (2002) fanden, dass Depressionen bei älteren Menschen nicht häufiger vorkämen als bei jungen Menschen. Sie weisen jedoch darauf hin, dass in epidemiologischen Untersuchungen ältere Menschen oft unterrepräsentiert¹⁶ seien (viele Studien schliessen Probanden nur bis 65 Jahre ein) und an phänomenologischen Subtypen von Depressionen leiden würden, wie beispielsweise am Syndrom der „depletion“¹⁷ (S. 561), welches mit Appetitlosigkeit, Interessenverlust, Hoffnungslosigkeit und Gedanken an Tod einhergehe, anstelle des Syndroms der Depression, bei welchem eher eine gedämpfte Stimmung und Selbstbeschuldigung im Vordergrund stünden.

Die WHO (2001b) weist darauf hin, dass Depressionen bei älteren Menschen oft unentdeckt blieben, weil diese fälschlicherweise als Teil des Alterungsprozesses betrachtet werden.

2.1.3.2 Sozialstatus

Menschen aus niedrigen sozialen Schichten weisen mehr psychogene Störungen auf und verhalten sich gesundheitlich riskanter. Dies wird in den verschiedenen Untersuchungen am Einkommen und an der Bildung gezeigt (Hollingshead und Redlich 1958, Tress et al. 1991b, Robins und Regier 1991, Vessey und Howard 1993, Timms 1998, Franz 1997a, Franz 2000, WHO ICPE 2000, Meyer et al. 2000, Wittchen et al. 1998, Araya 2001).

Zudem weisen diejenigen mit der geringsten Ausbildung die höchste Rate an Komorbidität auf (Kessler et al. 1994, WHO ICPE 2000, Meyer et al. 2000). Umgekehrt lässt sich allerdings kein Zusammenhang feststellen; die am höchsten Ausgebildeten sind nicht am wenigsten von psychischen Störungen betroffen (WHO ICPE 2000).

Auch Tress et al. (1991b) fanden in einer repräsentativen epidemiologischen Studie zur Verbreitung psychogener Störungen in der Allgemeinbevölkerung (innerhalb des Mannheimer-Kohortenprojekts), dass seelische Erkrankungen sich in den unteren sozialen Schichten häufen. Allerdings würden die epidemiologischen Fälle psychogener Störungen gleich-

¹⁶ Wittchen beispielsweise untersuchte in Deutschland für die WHO nur 13 – 25 Jahre alte Studenten (WHO ICPE 2000).

¹⁷ Depletion = Entleerung (Langenscheidt 1970)

mässig allen sozioökonomischen Schichten entstammen, betrachte man die Herkunft der Probanden. Somit könne also eine niedrige soziale Abstammung als alleiniger kausaler Einfluss auf die seelische Gesundheit ausgeschlossen werden.

Ebenso hat Franz (2000) eine klare Schichtabhängigkeit in seinen Studienergebnissen gefunden: Mit sinkendem Sozialstatus nahm die klinische Beeinträchtigung durch psychogene Erkrankungen zu. Vor allem Frauen zeigten in den unteren sozialen Schichten ein hohes Chronifizierungsrisiko. Die Probanden jedoch, die in einem definierten Zeitraum einen sozialen Aufstieg erlebten, zeigten im Vergleich zu Probanden, die in ihrer Schicht blieben, bereits vor der Erkrankung eine geringere Beeinträchtigung.

Damit scheint nach Tress et al. (1991b) eine „geringere psychogene Beeinträchtigung ein Prädiktor für sozialen Aufstieg zu sein. Umgekehrt deutet das Vorliegen einer psychogenen Beeinträchtigung auf eine grössere Wahrscheinlichkeit für sozialen Abstieg hin“ (S. 70).

Diskutiert werden dabei die Thesen der sozialen Verursachung (Faris und Dunham 1939), nach der die Ursache der Pathologie mit dem aktuell niedrigen Sozialstatus eines Probanden und den damit verbundenen hohen belastenden Lebensumständen zusammenhängt, und der sozialen Selektion, der drift-Hypothese (Jarvis 1855, Timms 1998), nach der psychogen Kranke aufgrund ihrer eingeschränkten Möglichkeiten im sozialen Gefüge abwärts driften (Dohrenwend 1966).

Rund drei Jahrzehnte später meinen Dohrenwend et al. (1998) jedoch, die Kontroverse der Theorie der sozialen Verursachung und derjenigen der sozialen Selektion (social causation – social selection), welche die inverse Beziehung zwischen sozioökonomischem Status und psychiatrischen Störungen erklären, sei nun beendet. Sie präsentieren in ihrer Studie Ergebnisse, die darauf hinweisen, dass sich diese Prozesse nach diagnostischen Typen unterscheiden. So finden sie für die Schizophrenie die Theorie der sozialen Selektion wirksam, während für die Major Depression die Theorie der sozialen Verursachung treffender sei.

Psychische Krankheiten verhindern jedoch nicht unbedingt hoffnungsvolle Karrieren. Ellison et al. (2003) haben 500 Inhaber von leitenden Stellen oder Spitzenpositionen, die unter einer psychischen Krankheit leiden, untersucht. 73% der Befragten waren in der Lage, eine Vollzeitstelle auszufüllen, 20 % verdienten mehr als 100'000 Dollar im Jahr. Dabei war die gesundheitliche Lage der Befragten ernst, 64 % waren mindestens drei Mal wegen ihrer psychischen Störung in stationärer Behandlung, 34% hatten zumindest teilweise Sozialleistungen aus psychischen Krankheitsgründen bezogen.

Die meisten der psychisch Kranken entwickelten in ihrem Beruf Bewältigungsstrategien: 62% machten Pausen, 49% handhabten ihre täglichen Pflichten flexibel und 33% gestalteten für sich flexible Arbeitszeiten. Ellison et al. (2003) betonen, die Studie solle zeigen, dass auch psychisch Kranke mit einer hohen Schulbildung und grosser Begabung sich nicht unbedingt für immer davon verabschieden müssten, in einem qualifizierten Beruf arbeiten zu können.

Die grossen epidemiologischen Untersuchungen zeigen jedoch klar den Zusammenhang zwischen tiefem Sozialstatus und psychischen Störungen. Allerdings sind die individuellen Möglichkeiten, Symptome einer psychischen Störung abzuwehren, bei höherem Sozialstatus vielfältiger. Und wie Alegria et al. (2000 b) zeigen, nehmen Personen mit höherem Sozialstatus eher professionelle Behandlungen aus dem spezialisierten Sektor in Anspruch, welche wirksamer sind als Behandlungen aus dem allgemeinärztlichen oder dem sozialpädagogischen Sektor (z. B. Üstün und Sartorius 1995).

2.1.3.3 Geschlecht

Vor über 20 Jahren bereits wurde die erhöhte Morbidität der weiblichen Bevölkerung thematisiert, die im Widerspruch stand zu der statistisch nachgewiesenen Tatsache, dass Frauen im Durchschnitt eine höhere Lebenserwartung¹⁸ haben als Männer (Mechanic 1976, Nathanson 1975, Waldron 1976, Gove und Hughes 1979).

Die bis dahin gängigen Theorien zugunsten eines medizinisch-biologischen Ansatzes, der in den konstatierten Geschlechtsunterschieden ein Abbild wirklicher, konstitutionell gegebener Unterschiede behauptete, in dem Frauen eine schlechtere Gesundheitskonstitution hätten und deshalb anfälliger für zahlreiche physische und psychische Krankheiten milderer, nicht lebensgefährlicher Ausprägung seien, wurden jedoch als Erklärungen verworfen (Gove und Hughes 1979).

Vielmehr wurde angenommen, dass Frauen häufiger Krankheitssymptome schilderten, weil kulturell-gesellschaftlich ihr Kranksein eher akzeptiert sei (Nathanson 1975), weil ein Großteil der chronischen Erkrankungen bei Frauen als Reflex ihres Krankheitsverständnisses und als Reaktion auf ihre Lebensumstände aufzufassen sei (Mechanic 1976¹⁹), oder weil Frauen einfach schneller als Männer Veränderungen als Symptome erkennen und interpretieren würden (Kessler et al. 1981).

Männern hingegen wurde die hohe Mortalität der relativ höheren Rate an ernsthaften, lebensgefährlichen Erkrankungen zugeschrieben (Gove und Hughes 1979) und dem kulturell geprägten risikoreicheren Lebensstil wie Zigarettenrauchen, Alkoholgenuß, Waffengebrauch, Abenteuermentalität und aufzehrende Bedingungen am Arbeitsplatz (Waldron 1976).

Dieser in den 70-er Jahren breit diskutierte Mythos „women are sicker, but men die quicker“ (Lahelma 1999, S. 7) wurde in den 90-er Jahren hinterfragt (MacIntyre 1993, MacIntyre et al. 1996, MacIntyre et al. 1999, Arber und Cooper 1999).

Aktuelle Forschungsergebnisse (für eine Übersicht: Arber und Cooper 1999) zeigten, dass Geschlechtsunterschiede in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten viel kleiner sind, als der Mythos vorgegeben hatte. Die Geschlechtsunterschiede in der Symptomperzeption, besonders hinsichtlich der Schmerzempfindung, relativierten sich; sie verringerten sich und verkehrten sich sogar ins Gegenteil, wenn als Kriterium spezifische Krankheiten zugrunde gelegt wurden. So fanden Kroenke und Spitzer (1998) keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Äusserung ernsthafter Krankheitsängste, obwohl Frauen mehr Symptome angaben als Männer.

MacIntyre (1993) zeigte in einer Arbeit über geschlechtsspezifische Symptomwahrnehmung bei unproblematischen Erkältungskrankheiten, dass Männer sogar deutlich häufiger dazu neigen, in ihren Symptomschilderungen stark zu übertreiben²⁰.

¹⁸ In der Schweiz werden Frauen durchschnittlich 82 Jahre alt, Männer 75 Jahre (Schweizerischer Frauengesundheitsbericht 1996). Nach der WHO (2001b) wird eine Frau, die im Jahr 2000 in der Schweiz geboren wurde, 82,5 Jahre alt; ein Mann, der im Jahr 2000 in der Schweiz geboren wurde, 76,7 Jahre alt.

¹⁹ Schon damals wies Mechanic (1976) jedoch darauf hin, wie schwierig es sei, Umfragen auszuwerten, die nicht unterscheiden zwischen selbstberichteten Symptomen und Krankheiten, weil die Symptomwahrnehmung individuell stark variieren könne und daher eine exakte Messung und Erfassung von Symptomen und Krankheiten gar nicht möglich sei.

²⁰ In ihrer Studie wurden bei 1'694 Probanden ein Virus oder ein Placebo gespritzt. Während den folgenden zehn Tagen schätzte täglich eine medizinische Fachperson die beobachteten Symptome ein, dazu wurden die Probanden mit einem standardisierten Interview über die selbstberichteten Symptome befragt (MacIntyre 1993).

Die Hypothese, Frauen hätten generell niedrigere Schwellenwerte für Symptomwahrnehmung und Symptomschilderung, könne bei differenzierterer Betrachtung nicht bestätigt werden, entsprechend auch nicht die Theorie der größeren Sensibilität von Frauen gegenüber körpereigenen Stimuli.

Die wenigen Studien, die die Geschlechtsunterschiede sorgfältig nach den gleichen Bedingungen und Symptomen untersuchten, so beklagen sich MacIntyre et al. (1999), würden jedoch keine nachhaltige Wirkung finden, sondern das Argument, dass systematische Geschlechtsunterschiede in der Symptomwahrnehmung beständen, nähme den Charakter eines „urban folk tale“²¹ (S. 91) an.

Mit den gleichen Argumenten wie in den 70-er Jahren, beispielsweise der sozial akzeptierten Krankenrolle für Frauen, erklärten Furnham et al. (1997²²) rund 20 Jahre später ihre Befunde der hohen Morbiditätsrate unter Frauen bei nicht ernsthaften Erkrankungen, oft gepaart mit geringerer Selbsteinschätzung und höherem Gesundheitsbewusstsein.

Auch Bitzer (2001) argumentiert, der weibliche Körper sei direkt mit den in verschiedenen Lebensphasen ablaufenden Prozessen des Wachstums und des Wandels verbunden (Adoleszenz, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Peri- und Postmenopause), dadurch müssten die körperlichen Signale häufig interpretiert und gedeutet werden. So würden immer wieder Zuweisungen erfolgen, die sich auf normal versus nicht normal, gesund versus krank beziehen (auch Frauengesundheitsbericht 1999).

Eine weitere Erklärung zum angeblichen Übergewicht der psychiatrischen Erkrankungen bei Frauen ist der Umstand der sexuellen Ausbeutung und Gewalt, welche mehrheitlich Frauen in ihren Lebensgeschichten erfahren würden (Frank und Young 2000, Meagher und Murray 1997) und welche zur Entstehung psychiatrischer Erkrankungen beitragen würden (Frank und Young 2000).

Kilpatrick et al. (1998²³) kritisieren jedoch methodische und konzeptuelle Schwächen bei den meisten epidemiologischen Studien, welche Gewalt gegen Frauen und psychische Störungen bisher untersuchten. So würden die meisten Frauen nicht antworten auf das Wort Vergewaltigung, weil dies Stereotypen seien, denen die befragten Frauen ausweichen würden.

Hoffmann (2002) widerspricht der als sicher befundenen Annahme, dass körperliche Gewalt fast ausschliesslich von Männern ausgehe. Er stützt sich auf Studien, nach denen körperliche Gewalt in Beziehungen vorwiegend von Frauen ausgehe; 11,6% geschlagene Frauen versus 12% geschlagene Männer. Studien, die den Begriff der körperlichen Gewalt weiter fassten, kamen sogar auf 25% geschlagene Männer versus 16,5% geschlagene Frauen. Da Männer sich schämen würden, geschlagen zu werden, sei die Dunkelziffer der männlichen Opfer

²¹ Urban folk tale = urbanes Volksmärchen (Langenscheidt 1970)

²² Furnham et al. (1997) fanden in einer britischen Untersuchung eine hohe Morbiditätsrate unter Frauen bei nicht ernsthaften Erkrankungen, oft gepaart mit geringerer Selbsteinschätzung und höherem Gesundheitsbewusstsein.

Sie meinten, die hohe Symptomwahrnehmung bei Frauen könnte Folge genauerer Selbstbeobachtung und grösserer Sensibilität gegenüber inneren körpereigenen Signalen oder ihrem gesellschaftlich determiniertem Rollenverhalten sein. Demnach berichten Frauen vermehrt Krankheitssymptome, weil für sie Kranksein durch höhere soziale Akzeptanz gekennzeichnet ist als für Männer. Missempfindungen würden deshalb bevorzugt und unmittelbar in den Kategorien von Krankheit und Symptomen ausgedrückt (auch Kessler et al. 1981).

²³ Kilpatrick et al. (1998) fanden in einer nationalen Haushaltsstudie von 4'008 amerikanischen Frauen 10,3%, die eine versuchte Vergewaltigung erlebten, 12,7% erfuhren eine komplette Vergewaltigung. Dabei erfolgte nur jede fünfte versuchte oder tatsächlich durchgeführte Vergewaltigung von einem Fremden. Nur 46% der versuchten Übergriffe und nur 16% der der tatsächlich durchgeführten Vergewaltigungen wurden polizeilich gemeldet. Die Lebenszeitprävalenz für eine PTSD (posttraumatic stress disorder) dieser Frauen lag bei 12,3%.

hoch, und die meisten Männer würden sich weder mitteilen, noch adäquate Hilfe suchen. So fordert Hoffmann (ebda) eine geschlechtsneutrale Forschung.

Zwar fanden auch MacIntyre et al. (1996), die drei große englische Erhebungen²⁴ analysierten, eine überschüssende Morbidität beim weiblichen Geschlecht. Sie litten im Durchschnitt öfter an weniger gravierenden, nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen, an affektiven Dysregulationen und an Somatisierungsstörungen. Bei differenzierter Betrachtung nach einzelnen Symptomen und Bedingungen der Fragestellungen, sowie unter Berücksichtigung soziomedizinischer Variablen wie Alter (auch Arber und Cooper 1999), Schicht und Familienstand zeigten sich jedoch erhebliche Variationen: „The direction and magnitude of sex differences in health vary according to the particular symptom or condition in question, and according to the phase of life cycle“ (S. 621).

Einig mit MacIntyre et al. (1996) betonen Lahelma et al. (2001²⁵) die Komplexität der Muster der Geschlechtsunterschiede durch unterschiedliches Messen und durch die Zeitspanne des Lebenslaufes.

Aus epidemiologischer Sicht gehen verschiedene Forscher zum heutigen Zeitpunkt davon aus, dass Frauen und Männer in ähnlicher Häufigkeit, jedoch von unterschiedlichen psychischen Erkrankungen betroffen sind (Schepank 1996, Wittchen et al. 1998, Kessler et al. 2001, WHO 2001b). Während Frauen in den Angst- und affektiven Störungen (Kessler et al. 1994, WHO ICPE 2000) eine höhere und zunehmende Prävalenz zeigen, sind Männer eher von alexithymischen Störungen (Brody 1993), Substanzen-Störungen (WHO ICPE 2000, Kessler et al. 2001) und antisozialen Persönlichkeitsstörungen (Kessler et al. 1994) betroffen.

Die Erklärungen dazu sind vielfältig: Rosenfeld (2000) unterscheidet zwei Typen der Psychopathologie; einerseits die internalisierenden Störungen wie Angst und Depressionserkrankungen, welche bei Frauen häufiger vorkommen, andererseits die externalisierenden Störungen wie antisoziales Verhalten und Suchtmittelmissbrauch, welche häufiger bei Männern vorkommen. Beide Störungsformen hätten ihren Ursprung in der frühen Kindheit oder Adoleszenz, wo Sozialisierungsprozesse und die Entwicklung des Selbst eine zentrale Rolle²⁶ einnehmen würden.

Die Ergebnisse ihrer Studie²⁷ wiesen darauf hin, dass Maskulinität und hohes Selbstwertgefühl vor depressiven Symptomen schützen, während Feminität und Erziehung vor Alkohol-

²⁴ British General Household Survey 1992, Health and Lifestyle Survey 1984 und West of Scotland Twenty-07 1988

²⁵ Lahelma et al. (2001) untersuchten gesundheitliche Geschlechtsunterschiede in England und Finnland, zwei Länder mit unterschiedlichen sozialen Systemen. Während in England ein Viertel der Frauen nicht angestellte Hausfrauen waren, waren dies in Finnland nur 6% und zwar nur über ein paar wenige Jahre, wenn die Kinder klein waren. Die Autoren gingen davon aus, Geschlechtsunterschiede bezüglich der Gesundheit in den zwei verschiedenen Ländern zu finden. Tatsächlich waren die Geschlechtsunterschiede in England und Finnland klein und variierten durch alle Altersgruppen.

²⁶ Sowohl in der frühen Kindheit als auch in der Adoleszenz sind die Geschlechtsunterschiede in den Erfahrungen der Sozialisation gut untersucht. So erhalten Söhne häufiger physische Stimulation als Töchter (Best und Williams 1995). In der Schule werden die Buben wichtiger genommen und deren aggressives Verhalten wird eher beachtet, während das der Mädchen eher ignoriert wird (Fagot und Hagen 1995). Geringes Selbstwertgefühl ist ein Risikofaktor für eine Depressionserkrankung (Brown 1991). Mädchen leiden eher als Buben unter geringem Selbstvertrauen, sie verlassen sich häufiger auf andere, hängen eher von der Meinung der anderen ab und erfahren sie eine Enttäuschung, beschuldigen sie sich selber eher als Knaben (Ruble et al. 1993).

²⁷ In einer longitudinalen Studie hat Rosenfeld (2000) 1'380 Adolozente von 12 bis 18 Jahren mit Telefoninterviews zu geschlechtsspezifischem Verhalten und Einstellung befragt. Diese Befunde wurden verglichen mit

problemen bewahren. „It appears that the traits we define as masculine block depression. Traits we define as feminine protect us against substance abuse. Only the combination appears to reduce the threat of going to either extreme“ (S. 35).

Auch Angst und Sellaro (2001) fanden bei der Zürich Studie bei Frauen eine negative Korrelation zwischen Maskulinität und Angsterkrankungen. Zum gleichen Ergebnis kamen Annandale und Hunt (1990), Feminität und Maskulinität seien assoziiert mit der Vorstellung von niedriger respektive höherer Gesundheit.

Konsistent dazu wiesen Kawachi et al. (1999) nach, dass in den Vereinigten Staaten Mortalität und Morbidität von Frauen eng an sozioökonomische Voraussetzungen wie ökonomische Unabhängigkeit geknüpft sind; je unabhängiger (vgl. Furnham et al. (1997), die bei den Frauen mit höherer Morbidität oft eine geringe Selbsteinschätzung fanden) die Frauen waren, desto weniger wiesen sie Mortalität und Morbidität auf.

2.1.3.4 Exkurs: Geschlechtsunterschied bei der Depression

Besonders gut untersucht und interpretiert ist der Geschlechtsunterschied bei der Depression, der führenden Krankheit der Frauen. Diese sind zwischen 1,5 und 3-mal eher depressiv als Männer (Robins et al. 1991, Kessler 2000b, Kessler 2003). Sie überwiegen die Männer in der unipolaren Depression (Nolen-Hoeksema 2002), dem depressiven Typus der bipolaren Erkrankungen und den zyklischen Formen der affektiven Erkrankungen, so wie in der manisch-depressiven Krankheit (mehr als vier affektive Episoden pro Jahr) und den saisonalen depressiven Erkrankungen (Kessler 2002).

Allerdings wird das weibliche Übergewicht in der Depression erst von der Pubertät (Frank und Young 2000, siehe auch Schepank 1996) an quer durch alle Länder und Kulturen gefunden (Meagher und Murray 1997). Während Kinder, Buben und Mädchen, noch gleich häufig depressiv sind, eher ein leichtes Übergewicht bei Buben gefunden wird, beginnt ab dem Alter von 12 Jahren die Erkrankungsrate der Mädchen scharf anzusteigen, während diejenige der Buben konstant bleibt (Nolen-Hoeksema 2002). Dies wird mit den in dieser Zeit stattfindenden hormonellen Veränderungen (Frank und Young 2000) erklärt. Ab der Adoleszenz werden Mädchen zweimal so häufig wie Buben mit der unipolaren Depression diagnostiziert, und sie zeigen signifikant deutlichere und häufigere Symptome der Depression (Nolen-Hoeksema 2002).

Auch bei der Major Depression findet sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied. Kessler (2000b) erklärt diesen, anhand Daten aus der NCS, mit dem Lebenszeitrisko, beginnend zwischen 10 und 14 Jahren, dem Ersterkrankungsrisiko in der Adoleszenz und bleibend bis Ende des mittleren Alters (Kessler 2000b), beim höheren Alter nivelliert sich der Geschlechtsunterschied wieder (auch Powers et al. 2002).

Kein Geschlechtsunterschied erscheint in der Chronizität, in den Rezidiven oder in der Geschwindigkeit des Wiederauftretens einer Episode einer Major Depression. Frauen haben also ein eineinhalb bis dreimal höheres Risiko als Männer, an einer Major Depression zu erkranken-

einer Erhebung der internalisierenden und externalisierenden Symptome, also der Angst- und Depressionssymptomatik respektive Alkoholkonsum oder Substanzabusus.

ken. Unter den einmal an einer Depression erkrankten Patienten jedoch gibt es keinen signifikanten Geschlechtsunterschied mehr beim weiteren Verlauf und bei den Wiederholungen der verschiedenen Episoden (Kessler 2000b, Kessler 2003)²⁸.

Kessler (2000b) betont, der Geschlechtsunterschied im Ersterkrankungsrisiko für Depressionen müsse gefunden und untersucht werden und erklärt die höhere Ersterkrankungsrate der Frauen mit der Möglichkeit, dass es Frauen leichter als Männern falle, in epidemiologischen Untersuchungen depressive Symptome zuzugeben. Er kritisiert mehrere Studien, deren Design genau diese nicht vorhandenen Geschlechtsunterschiede erklären wollen.

So etwa Nazroo et al. (1997), welche argumentieren, der Geschlechtsunterschied sei auf eine grössere Vulnerabilität der Frauen gegenüber stressigen Lebensereignissen und Schwierigkeiten zurückzuführen. Nach (Kessler 2000b) jedoch hatten Nazroo et al. (1997) Ersterkrankungen von gewöhnlichen, sich wiederholenden Episoden einer Major Depression nicht unterschieden, und da die meisten (mehr als 90% in der NCS) Personen mit einer Episode einer Major Depression im letzten Jahr bereits mehrere solche Episoden erlebt hätten, erkläre dies einen Geschlechtsunterschied, welcher nicht vorhanden sei.

Nolen-Hoeksema (2002) erklärt den Geschlechtsunterschied mit den unterschiedlichen Reaktionen auf die depressiven Symptome. Während Männer aggressiv auf depressive Stimmungen reagieren würden und sie abzuwehren versuchen, würden sich Frauen eher passiv dem Grübeln und den traurigen, depressiven oder ängstlichen Stimmungen hingeben, Sie würden diese Stimmungen „ruminate“²⁹ (S. 499), was zumindest verstärkend auf den Geschlechtsunterschied der Depression wirke.

Auch Ereignisse in Zusammenhang mit dem reproduktiven Zyklus der Frauen können nach Parry (2000) affektive Veränderungen auslösen. Beispiele dazu seien die Depressionen bei Einnahme von oralen Verhütungsmitteln, affektive Veränderung bei der lutealen Phase des Menstruationszyklus (Prämenstruelles Syndrom PMS respektive late luteal phase dysphoric disorder LLPDD), sowie die postpartale Depression und die Depression der Menopause.

Schepank fand 1987 eine Fallrate von 26% der gesamten untersuchten Bevölkerungsstichprobe. Von den Frauen erfüllten in der Querschnittsuntersuchung 34%, von den Männern 18% der Stichprobe die Fallkriterien. Bei den Männern wurden überwiegend Persönlichkeitsstörungen, bei den Frauen eher neurotische und psychosomatische Erkrankungen diagnostiziert. In der zweiten Folgeuntersuchung (Schepank 1990) wurden diese Befunde repliziert, in der dritten Folgeuntersuchung (Schepank et al. 2000) waren 30,5% der Frauen als Fälle erkrankt gegenüber 22,5% der Männer.

Im Längsschnitt hatten jeweils 11% der Probanden die Falleigenschaft in der einen oder anderen Richtung gewechselt. Allerdings überwogen die Frauen unter den Fällen nicht mehr so deutlich wie zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung, so dass der Geschlechtsunterschied nicht mehr signifikant war (Schepank 1990).

Diese Tendenz lässt sich auch in anderen Längsschnittuntersuchungen nachweisen (Srole 1975, Fichter 1990), wobei nach Schepank et al. (2000) die Ursachen hierfür unklar seien. „Lediglich die Extremgruppen zeigen Unterschiede: Bei den besonders schwer Gestörten ist

²⁸ Allerdings fanden van Grootheest et al. (1999), dass depressive Symptome nach einer erlebten Witwenschaft zunehmen, sich jedoch der Geschlechtsunterschied nivelliert. Nach einer langen Witwenschaft zeigen Männer sogar mehr Symptome einer chronischen Depression als Frauen.

²⁹ To ruminate = wiederkäuen (Langenscheidt 1970)

ein deutliches Überwiegen der Frauen zu vermerken: 10.87% aller weiblichen Probanden sind schwer gestört, gegenüber nur 6,11% aller Männer. Bei den stabil Gesunden überwiegen mit 31,3% die Männer etwas (versus 26,81% Frauen)“ (Schepank 1990, S. 187).

1996 führt Schepank in seiner Studie über Zwillingschicksale aus, dass im Bereich der Kinderpsychiatrie und -psychotherapie die Jungen mit einem weit grösseren Anteil vertreten seien als die Mädchen, sowohl bei der Inanspruchnahmeklientel als auch bei den epidemiologischen Felduntersuchungen. Während die Jungen eher Verhaltensstörungen, Schulleistungsschwächen, Legasthenie, Stottern und Tics, motorische Unruhe und hyperkinetische Syndrome zeigten, litten Mädchen eher unter emotionalen Störungen und Suizidversuchen. „Bei den Erwachsenen gehen die Verhaltensstörungen der Jungen in Delinquenz, Persönlichkeitstörungen, Kontaktstörungen, Alkohol- und Drogenabusus und Suizide über“ (S. 213).

In unserer Zivilisation würden die Jungen stärker unter dem Disziplinierungsdruck leiden als die Mädchen und auch die an sie herangetragenen Erwartungen seien grösser. Daraus resultiere die höhere Erkrankungsrate des männlichen Geschlechts vor allem im Kindesalter. Die erwachsenen Frauen hingegen befänden sich im fertilen Alter unter der Dauerspannung ihrer Entscheidung zwischen Familiengründung, dem Geniessen ihrer „zeitlich eng umschriebenen besonderen Chance als Frauen“ (S. 237) und der „richtigen“ (S. 237) Partnerwahl einerseits und andererseits - als Alternative und in Konkurrenz mit und zu den Männern - ihrer eigenen beruflichen Qualifizierung und Verselbständigung. Aufgrund der geschlechtsspezifischen Biologie (begrenzte Fruchtbarkeitsperiode der Frau) stünden Frauen in einer sowohl biologisch als auch sozial-kommunikativ bedingten Dauerspannung. Daher seien Frauen einem erhöhten Risiko ausgesetzt, an psychogenen Erkrankungen verschiedenster Art zu dekompen­sieren. „Schon allein ihr wesentliches Risiko im Falle einer falschen Partnerwahl führt hier zu Buche“ (S. 237).

Die Entstehung psychischer Störungen ist ein komplexer Prozess, der bis heute nur annäherungsweise verstanden wird. Schepanks Ausführungen sind daher als zeitgebundene Anregungen zu verstehen, denn psychische Störungen entwickeln sich nicht einfach nach falschen Entscheidungen.

2.1.4 Belastungen durch psychische Störungen

Psychische Störungen gehören wegen ihrer hohen Prävalenz, Chronizität, Komorbidität und wegen ihrem frühen Erkrankungsbeginn und den daraus resultierenden ernsthaften Folgen zu den meist beeinträchtigendsten von allen Erkrankungen (WHO ICPE 2000). Psychische Störungen sind keine Bagatellerkrankungen, denn sie schwächen nachhaltig die Lebensqualität und die Arbeitsproduktivität der Betroffenen und deren Angehörigen.

Murray und Lopez (1996) erarbeiteten in der „Global burden of disease“-Studie das Konzept DALY (disability-adjusted life year). Sie schätzten, dass im Jahr 2020 die Depression an zweiter Stelle der zehn kostenintensivsten und leidvollsten Erkrankungen stehen wird, (nach den Herzerkrankungen und gefolgt von Verkehrsunfällen), mit den meisten DALYs unter den belastenden Krankheitsformen .

DALY misst alle physischen und psychischen Störungen und kombiniert dabei Prävalenz, Inzidenz, Beeinträchtigung, den Krankheitsverlauf und die Todesrate.

Mit DALY verschiebt sich der Fokus von der Frage, wie Menschen sterben, zur Frage, wie Menschen leben. Der Messwert DALY kombiniert die Anzahl der verlorenen Lebensjahre aufgrund des Todes (YLL: years of life lost) mit der Anzahl der verlorenen Lebensjahre aufgrund einer Beeinträchtigung durch eine Erkrankung (YLD: years lost due to disability).

Nach Murray und Lopez (1997) sind die DALYs „the sum of life years lost due to premature mortality and years lived with disability adjusted for severity“ (S. 1436). So kann ein DALY als ein verlorenes Jahr gesunden Lebens gedacht werden.

Brundlandt (2000), die Generaldirektorin der WHO, fügt an: „With this shift in perspective, some of the major killers - such as malaria and tuberculosis - remain prominent. Mental illness, however, bulks very large indeed. It may not in itself be fatal, but it causes extensive disability in rich and poor countries alike, and is increasing“ (S. 411). Die schädigende Bedeutung der psychischen Erkrankungen für die Betroffenen und damit auch für deren Angehörige wird mit DALY sichtbarer.

Im Jahr 2000 waren nach einer neuen Schätzung der WHO (2001b) 12% aller DALYs durch psychische Störungen verursacht. Unter den 10 führenden Krankheiten weltweit standen im Jahr 2000 die unipolaren depressiven Störungen an vierter Stelle der zehn führenden Ursachen für DALYs. Werden die YLDs, die Jahre, die mit einer Beeinträchtigung gelebt werden, geschätzt, steht die Depression ausnahmslos an erster Stelle bei Frauen und bei Männern und bei allen Altersgruppen.

Obwohl die Entwicklung und die Akzeptanz des DALY als neues Instrument zur Messung der Bürde der Krankheiten ein Fortschritt ist³⁰, zeigen sich auch die Grenzen dieses Instruments.

Fäh (2001) fragt sich, ob der Versuch, qualitative Phänomene wie die Lebensqualität quantitativ zu messen, aufschlussreich sei. Er bevorzugt konkrete Berichte ehemaliger Patienten, um Hinweise beispielsweise auf eine Verbesserung der Lebensqualität zu erhalten.

Nach Garfinkel und Goldbloom (2000) werde weder der Mechanismus der Erkrankungen, noch die individuelle Erfahrung der Kranken reflektiert. Und vor allem könne die verborgene Last, die Stigmatisierung, welche die Kranken allein tragen müssten, nicht gezeigt werden.

Die aktuellste Studie der WHO (2004) zu Prävalenz, Schwere, Beeinträchtigung und Behandlung von psychischen Störungen untersuchte die Beeinträchtigung durch psychische Störungen anhand der „days out of role“ (S. 2585), was mehr als nur Arbeitsunfähigkeit betrifft. Bei der folgenden Tabelle über die Schwere der Störungen fällt auf, wie unterschiedlich die Proportionen in den verschiedenen Ländern ausfallen: Während Kolumbien zu nahezu gleichen Teilen schwere, moderate und leichte Störungen zeigt, verzeichnet Nigerien 80,9% milde Störungen. Generell wurden weniger schwere und moderate als vielmehr leichte Störungen geschätzt.

³⁰ DALY ist nach Regier et al. (2000) das aktuell interessanteste Modell, um einen Behandlungsbedarf abschätzen zu können. 10,5% aller DALYs weltweit machen die psychischen Störungen aus.

Abb. 4: Tabelle der Schwereschätzungen psychischer Störungen der WHO (2004):

Land	Prävalenz	schwer	moderat	leicht
Amerika:				
Kolumbien	17,8%	5,2	6,6	5,9
Mexiko	12,2%	3,7	3,6	4,9
USA	26,4%	7,7	9,4	26,3
Europa:				
Belgien	12,0%	2,4	3,3	6,4
Frankreich	18,4%	2,7	6,1	9,7
Deutschland	9,1%	1,2	3,3	4,5
Italien	8,2%	1,0	2,9	4,3
Niederlande	14,9%	2,3	3,7	8,8
Spanien	9,2%	1,0	2,9	5,3
Ukraine	20,5%	4,8	7,4	8,2
Nahost und Afrika:				
Libanon	16,9%	4,6	6,2	6,1
Nigerien	4,7%	0,4	0,5	3,8
Asien:				
Japan	8,8%	1,5	4,1	3,2
China	9,1%	0,9	2,9	5,3
Shanghai	4,3%	1,1	1,4	1,8

Die Schätzungen der Arbeitsunfähigkeit waren jedoch rigorios höher. Diejenigen mit schweren Störungen berichteten von 32 bis 81 Tagen im letzten Jahr „when they were totally unable to carry out usual activities because of these disorders“ (S. 2585), diejenigen mit moderaten Störungen berichteten von 4 bis 33 Tagen, diejenigen mit milden Störungen nur von 0,1 bis 3,6 Tagen.

2.1.5 Protektive Faktoren für die seelische Gesundheit

Antonovsky (1987) hat den Begriff der Salutogenese, in Gegenüberstellung zur Pathogenese, geprägt. Bei der Arbeit mit Überlebenden der Konzentrationslager im zweiten Weltkrieg stellte er fest, dass manche Menschen trotz schwerwiegender Belastung gesund geblieben sind, während andere erkrankt waren. Er fand drei zentrale Faktoren; Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit, die zusammengefasst das Kohärenzgefühl einer Person bezeichnen. Dieses Kohärenzgefühl sei für die seelische Gesundheit entscheidend.

Einige Autoren (z. B. Tress 1986, Reister 1995, Schepank 1990, Franz et al. 2000) aus der epidemiologischen Forschung untersuchten Gründe, die zur seelischen Beeinträchtigung, respektive zur seelischen Gesundheit beitragen. Als wichtigster protektiver Faktor für die seelische Gesundheit fanden sie verbindliche familiäre Bindungen. Allerdings sind sie verschieden für Frauen und für Männer.

Aus den Daten der Mannheimer Kohortenstudie (Schepank 1987, 1990) haben Tress (1986) und Reister (1995) die rund 75% gesunden Männer und Frauen der repräsentativen Stichprobe von 600 Probanden untersucht. Reister (1995) bestätigt dabei die von Tress (1986) bezeichneten fünf protektiven Faktoren für Frauen:

1. Entlastung und Förderung durch die Geschwister,
2. eine unneurotische Beziehung der Erzieher,
3. eine seelische gesunde Mutter in der Kindheit,
4. eine ausgezeichnete nachbarschaftliche,
5. soziale Integration im aktuellen Leben.

Diesen fünf Schutzfaktoren stehen bei den Männern sieben protektive Faktoren gegenüber:

1. eine unneurotische Beziehung der Erzieher,
2. eine seelisch gesunde Mutter,
1. ein seelisch gesunder Vater,
2. verheiratet sein,
3. eine ausgezeichnete soziale Integration,
4. eine Berufsausbildung,
5. Aktivitäten in einem Verein.

Für Mädchen und Jungen ist die seelische Gesundheit der Mutter entscheidend für eine gestörungsfreie Entwicklung. Förderlich zur seelischen Gesundheit der Frauen ist, wie im Kapitel 2.1.3.4 ausgeführt, die wirtschaftliche Unabhängigkeit (Kawachi 1999) einhergehend mit einer befriedigenden Berufstätigkeit (Lahelma et al. 2001).

Während nach Tress (1986) die Abwesenheit des Vaters nur für Jungen zu einem hindernden Faktor für die Entwicklung gilt, konnten Schepank et al. (2000) nachweisen, dass in den ersten sechs Lebensjahren eine länger dauernde Trennung vom Vater stärker prädisponierend für eine spätere psychogene Beeinträchtigung im Erwachsenenalter ist.

Insbesondere gute (familiäre) Beziehungen erweisen sich als schützend für die seelische Gesundheit (Reister 1995). Dies gilt auch für die heute häufigen alternativen Familienformen wie die Ein-Eltern-Familie, Patchwork-Familien oder Familien mit gleichgeschlechtlichen Paaren. Denn entscheidend sind die Qualität der kindlichen Objektbeziehungen zu den primären Bezugspersonen sowie das soziale Netzwerk (Rauchfleisch 1997).

Dass äusserlich inkonstante frühkindliche Beziehungen für sich allein nicht in dem erwarteten Ausmass von pathogener Wirkung sind, hat auch das Mannheimer Kohortenprojekt zu Häufigkeit und Verlauf psychogener Erkrankungen (Franz et al. 2000) zeigen können. Eine wesentliche Bedeutung für eine ungünstige Entwicklung hatten die psychische Gesundheit und Reife der Eltern bzw. ihrer Beziehung zueinander. Diese Autoren fanden im Unterschied zu Reister (1985) und Tress (1986), dass eine grosse Anzahl Geschwister wie auch das Aufwachsen als Einzelkind keine Bedeutung auf die Entwicklung der seelischen Gesundheit hatten.

Häfner et al. (2001) fassen zusammen, dass sich die Risikoforschung von der empirisch gut erfassbaren Bedeutung kindlicher Trennungserlebnisse zu der Sichtweise hin verändert habe, dass vielmehr die mit dem Verlust verbundenen und das Kind chronisch verunsichernden Umstände von entscheidender Bedeutung zu sein scheinen, und nicht der singuläre Verlust als solcher.

Ebenso wird die Schädlichkeit anderer einzelner Belastungsfaktoren wie Trennungserlebnisse, sexueller Missbrauch oder die mütterliche Berufstätigkeit relativiert. Die langfristigen Auswirkungen einzelner traumatischer Ereignisse seien mehr von den Gesamtumständen als von der Art des einzelnen Traumas abhängig. Beim Vorliegen widriger früherer Umstände könne allenfalls die kognitive Entwicklung des Kindes in späteren Lebensabschnitten gut voranschreiten, während das Bindungs- und Kontaktverhalten auch bei günstigen späteren Bedingungen oft irreparabel geschädigt sei. Die Autoren betonen jedoch, dass die völlige Abwesenheit von Entwicklungsrisiken in Kindheit und Jugend nicht automatisch eine konstante seelische Gesundheit im Erwachsenenalter bedeute (Häfner et al. 2001).

2.2 Behandlungen von psychischen Störungen

Dieses Kapitel soll der Frage nachgehen, wie psychische Störungen behandelt werden können. Obwohl sowohl die Wirksamkeit als auch die Wirtschaftlichkeit der Psychotherapie als Behandlungsverfahren gut belegt sind, lassen sich nur sehr wenige Personen psychotherapeutisch behandeln. Vielmehr konsultieren die meisten Personen mit psychischen Störungen den Hausarzt. Dieser ist jedoch nicht spezialisiert in der Erkennung und Behandlung psychischer Störungen. Seine Aufgabe wäre es, die Patienten zu einer Fachperson zu überweisen. Im folgenden werden zunächst die häufigen Behandlungen in der hausärztlichen Praxis erörtert (Kap. 2.2.1), dann werden die medikamentösen Behandlungen aufgeführt (Kap. 2.2.2) und schliesslich wird die zentrale Bedeutung der Psychotherapie als wichtigste Behandlungsform für psychische Störungen hervorgehoben (Kap. 2.2.3).

2.2.1 Hausärztliche Behandlungen

Die hohe Prävalenz psychischer Störungen in den allgemeinärztlichen Praxen (Kap. 2.1.1.2) bringt mit sich, dass Hausärzte an erster Stelle sind bei der fachgerechten Behandlung der psychischen Störungen. Nach Goldberg und Huxley (1980) bewegen sich Patienten durch mehrere Filter zu den immer spezialisierteren Hilfsangeboten, von der allgemeinärztlichen Versorgung in die spezialärztlichen Gebiete. Henderson (2000) hat dieses Filtermodell in einem Modell (S. 424) festgelegt:

Abb 5: Filtermodell von Henderson:

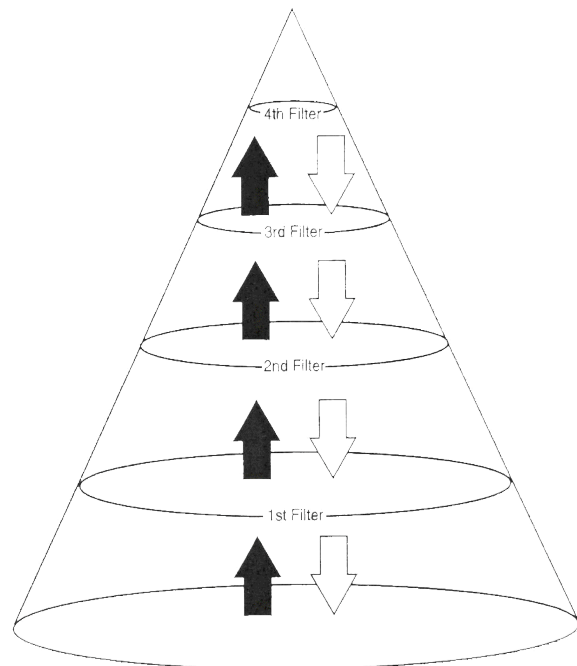
5. Stationäre psychiatrische Patienten

4. Ambulant psychotherapeutisch
behandelt von einer Fachperson

3. Erkannt und
Behandelt vom Hausarzt

2. Vom Hausarzt
gesehene Patienten

1. Personen mit psychischen
Störungen aus der Allgemeinbevölkerung



Bei jedem dieser Schritte kann ungedeckter Bedarf vorkommen. Entscheidend sei, wie man diejenigen identifizieren könne, die wirklich krank sind und tatsächlich Hilfe brauchen (vgl. Zola 1966, Meadows et al. 2000, Regier et al. 2000), denn nur das Vorkommen von Symptomen heisse nicht notgedrungen, dass ein Bedarf nach Behandlung vorhanden sei (Henderson 2000, Kellner 1987³¹). Idealerweise würden Hausärzte die diagnostizierten Patienten an ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten überweisen, betont die Forschungsgruppe um Larry Kessler (Kessler et al. 1985), was jedoch selten passiert (Kruse et al. 1999³², Hutterer (1996³³).

In einer aktuellen Arbeit³⁴ untersuchten Kruse et al. (2004) die Gründe für die lückenhafte Identifikation psychischer Störungen durch die Hausärzte. Sie fanden, dass die Patienten im

³¹ Kellner (1987) fand, dass die Hausärzte am häufigsten ihre Patienten als nicht krank diagnostizierten, nur 41% der identifizierten Probleme konnten klaren Diagnosen zugeordnet werden, somit seien viele Menschen, die den Arzt konsultieren würden, nicht krank.

³² Nach Kruse et al. (1999) wird bei gerade 3,3% der hausärztlichen Patienten die Indikation für eine fachgerechte Überweisung gestellt.

³³ Hutterer (1996) fand bei der Consumer Report Studie (siehe 4.1.4.2), dass die Ärzte ihre Patienten nur zu einem Viertel an psychotherapeutische Spezialisten überwiesen. Und „nur die Hälfte der sehr schwer gestörten Patienten wurden überwiesen. 60% der Patienten mit Panikstörungen oder Phobien wurden nicht überwiesen, obwohl spezifische Therapien für diese Störungen bekannt sind“ (S. 147).

³⁴ Acht männliche und acht weibliche Hausärzte ohne psychotherapeutische Ausbildung und 120 den Ärzten bekannten Patienten mit psychischen Störungen nahmen an der Studie von Kruse et al. (2004) teil. Die Patienten suchten den Hausarzt wegen akuter Beschwerden auf. Die Art und Schwere der Störung wurde von einer Psychotherapeutin eingeschätzt. Die hausärztlichen Konsultationen wurden aufgezeichnet. Die Rate der identifizierten Störung verbesserte sich mit der Dauer der Konsultation. In kurzen Konsultationen wurde nur ein Drittel der psychischen Störungen erkannt, in mittellangen wurden zwei Drittel erkannt und in langen Konsultationen

hausärztlichen Gespräch aus Angst vor Stigmatisierung meist ihre psychischen Probleme nicht ansprechen und diese daher auch von den Hausärzten nicht erkannt werden können. Bevor Hausärzte überweisen können, müssen sie die psychischen Störungen ihrer Patienten diagnostizieren können. Tatsächlich jedoch erkennen Hausärzte zwischen 30% bis 86% der psychischen Störungen ihrer Patienten nicht (Kessler et al. 1985, Araya et al. 1994³⁵, Hansson et al. 1994³⁶, Hutterer 1996, Wittchen et al. 1998, Jacobi et al. (2002³⁷).

Haltenhof et al. (2000) zeigten den Zusammenhang zwischen der psychosozialen Kompetenz der Ärzte und ihrem Handeln bei Patienten mit psychischen Störungen. An einem normalen Arbeitstag fanden sie 26,9% psychisch Kranke in einer allgemeinärztlichen Praxis. Dabei erhielten von durchschnittlich 65 am Stichtag behandelten Patienten 18 die Diagnose einer psychischen Störung. Ihr Anteil stieg mit zunehmender psychosozialer Kompetenz der Ärzte. Psychosomatische Störungen und Belastungsreaktionen waren mit fast 60% die häufigsten psychischen Störungen in der primärärztlichen Praxis.

Nicht nur die Hausärzte, auch die Patienten selber erkennen psychische Störungen nicht und können sie demzufolge auch nicht bei einem Hausarztbesuch formulieren. Daher werden psychische Störungen oft in gegenseitiger Überinstimmung zwischen Patient und Arzt somatisch geäußert, diagnostiziert und behandelt (Ollert 1995).

Obwohl in der Studie von Üstün und Sartorius (1995) 24% der untersuchten Patienten eine diagnostizierbare psychische Erkrankung vorwiesen, nannten nur 5,3% der Patienten psychologische Probleme als Grund, den Allgemeinpraktiker aufzusuchen.

Bei den Patienten, die bereits eine feste psychische Störung diagnostiziert hatten, war dieser Anteil ein wenig höher, nämlich 17,1%. Ihnen ist es möglicherweise leichter gefallen, ein psychologisches Problem zu formulieren, weil sie bereits diagnostiziert waren und demzufolge mit einer Fachperson einmal über ihr seelisches Leiden gesprochen haben (siehe auch Franz und Schepank (1994), bei deren Studie nur 2,5% der Patienten als Grund Psychothe-

wurden 86% korrekt diagnostiziert. Dabei spielte das Interaktionsverhalten eine grosse Rolle. In 55% aller Arzt-Patienten-Gespräche kontrollierte und dominierte der Arzt die Interaktion, während der Patient lediglich reagierte und sich unterordnete. In nur 10% der Fälle rang der Patient um einen aktiven, kontrollierenden Part. Eine dominante Haltung des Arztes verstärkte die Tendenz der Patienten, psychische Probleme zu verschweigen. Mehr als die Hälfte der Patienten sprach ihre psychischen Beschwerden im hausärztlichen Gespräch aus Angst oder Scham vor Stigmatisierung nicht an.

³⁵ Araya et al. (1994) fanden in Chile, dass nur 13% der Allgemeinarztpatienten mit psychischen Störungen psychologische Gründe für ihren Arztbesuch angaben und die Ärzte nur 14% der psychiatrischen Morbidität erkannten.

³⁶ Hansson et al. (1994) untersuchten 388 Patienten von allgemeinärztlichen Gesundheitszentren und Praxen in Schweden. Sie fanden 30,2% der Patienten als wahrscheinliche psychiatrische Fälle und 19,2% als behandlungsbedürftige psychiatrische Fälle. Die Allgemeinpraktiker hingegen diagnostizierten nur 12,3% ihrer Patienten als behandlungsbedürftige psychiatrische Fälle.

³⁷ Jacobi et al. (2002) haben in der bundesdeutschen Hausarztstudie die Befunde der hohen Prävalenz depressiver Syndrome in der Hausarztpraxis bestätigt. Sie untersuchten mittels einem Fragebogen 20'421 Patienten, die an einem Stichtag ihren Hausarzt aufsuchten, und ermittelten das Erkennungs- und Verschreibungsverhalten der Ärzte.

Am Erhebungstag erhielten alle Patienten einen Fragebogen, nach dem eine allfällige Diagnose einer depressiven Störung gemäss DSM - IV oder ICD - 10 gestellt wurde. 11,3 % der Patienten erfüllten am Erhebungstag die ICD - Kriterien für eine depressive Episode. Anschliessend verglichen sie diese Fragebögen mit denen, die die Hausärzte ausfüllten. Die Erkennungsrate mit 59 % der Hausärzte und auch das Verschreibungsverhalten schien höher als in früheren Studien, allerdings waren die an den Untersuchungen beteiligten Hausärzte wahrscheinlich wachsamer bezüglich der Wahrnehmung psychischer Störungen.

Die Autoren der Studie folgern trotzdem, dass der hohe Anteil an Fehldiagnosen bei Patienten, die deutlich die Falldefinitions-kriterien verfehlen und die Situation bei den Depressionen leichter Ausprägung „Anlass zur Besorgnis“ sei (S. 651).

rapie nannten, hingegen fanden Araya et al. (1994) 13% ihrer Patienten, die als Grund des Hausarztbesuches psychologische Probleme anführten).

Spezifische Verhaltensweisen der Patienten scheinen das Überweisungsverhalten der Hausärzte zu beeinflussen. So fanden Mechanic (1991), dass risikoreiches Verhalten der Patienten, vor allem Suizidgedanken in Verbindung mit einer psychischen Störung, die Wahrscheinlichkeit einer fachgerechten Überweisung erhöhte.

Nach Franz (1997b) klagten Patienten mit psychischen Störungen, die eine Psychotherapie annahmen, hochsignifikant häufiger über Kopfschmerzen. „Dieses aufgrund gegenseitiger Rollenerwartungen von Arzt und Patient akzeptierte Symptom könnte gewissermassen als klinischer Code ein latent vorhandenes, interaktionsbezogenes psychogenes Krankheitsverständnis und damit möglicherweise dem Arzt eine positive Psychotherapieakzeptanz signalisieren“ (S. 183).

Um Hausärzte bei der Erkennung der psychischen Störungen in ihrer Praxis zu unterstützen, wird seit langem im primärärztlichen Setting ein psychosoziales Klassifikationssystem gefordert, welches den Hausärzten ermöglicht, schneller und besser (Kruse et al. 1999) psychische Störungen diagnostizieren zu können (Regier 1979).

Zu diesem Zweck hat die WHO eine kurze und benutzerfreundliche Version des ICD-10 Manuals „Psychische Störungen in der primären Gesundheitsversorgung - Diagnostik und Behandlungsrichtlinien“ (WHO 2001a) für die Allgemeinärzte erstellt. Allerdings wird darin sehr spärlich zu Überweisungen an psychotherapeutische Fachpersonen geraten und die nichtmedizinischen Fachpersonen werden fast gänzlich ausser Acht gelassen.

So wird beispielsweise bei der Depression geraten, ein fachärztliches Konsilium zu erwägen und erst wenn eine beträchtliche Depression weiter anhalte, soll Beratung über andere Therapiemöglichkeiten eingeholt werden, z. B. kognitive Therapie oder interpersonelle Therapie (IPT)³⁸, obwohl viele psychotherapeutische und Verfahren Depressionen gut behandeln können (z. B. Araya et al. 2003).

Bei der Angststörung wird sogar nur zu einer fachärztlichen Überweisung geraten, ohne Hinweis auf die guten Ergebnisse gerade bei Angststörungen von psychologischen psychotherapeutischen Fachleuten (Hunt 2000).

Ohne Ratschläge für kollegiale Überweisungen arbeitet das offizielle Fallbuch der WHO zur ICD - 10 (WHO 2000), welches die einzelnen Diagnosen der psychischen Störungen anhand von Fallgeschichten erläutert.

Obwohl Hausärzte gewichtige Nachteile³⁹ haben, wenn sie psychosomatisch arbeiten, behandeln sie ihre Patienten, falls sie die psychischen Störungen erkennen, eher selber, als sie an spezialisierte Fachleute zu überweisen (Üstün und von Korff 1995). Dabei werden die Behandlungen Beraterisch oder medikamentös durchgeführt, jedoch unabhängig von den zuvor

³⁸ Die interpersonelle Therapie ist eine psychodynamisch orientierte Form der Kurztherapie, die vor allem im amerikanischen Sprachraum populär geworden ist (Schramm 1996).

³⁹ Nach Helmich (1994) ist die psychosomatische Arbeit zeitaufwändiger und finanziell weniger ergiebig als somatisch-apparative Arbeit. Der biosoziale Ansatz verlange eine hohe somatisch-medizinische Kompetenz, weil mit weniger technischen Mitteln trotzdem eine hohe diagnostische Sicherheit vermittelt werden soll. Dazu werde eine somatische Krankheit als vorzeigbar und „unverschuldet“ (S. 90), psychisches Leid hingegen als „selbstverschuldet“ (ebda) angesehen, werde mit Geisteskrankheiten und Simulation gleichgesetzt und daher verheimlicht.

gestellten Diagnosen⁴⁰. Dies wurde für Angststörungen (Buller et al. 1992⁴¹) und depressive Störungen (Gilbody et al. 2003⁴²) festgestellt. Dazu stimmen die Patienten der Medikation oft nicht zu, und psychotherapeutische Behandlungen werden ungenügend angeboten (Simon und Von Korff 1995, Wells et al. 1999).

Auch die Patienten werden gerne vom Hausarzt⁴³ behandelt; 50% - 60% der Patienten mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen wollen vom Hausarzt behandelt werden (Kruse et al. 1999) und sträuben sich gegen eine fachgerechte Überweisung (Ernst et al. 2001). Wird den Patienten allerdings eine Psychotherapie vom Hausarzt empfohlen, nehmen sie diese nach Hessel et al. (2000) zu 80,7% an und führen eine Psychotherapie durch. Nur 19,3% entscheiden sich gegen diese ärztliche Empfehlung.

Schmid und Wang (2003) haben im Rahmen des Projekts „The Future Patient in Switzerland“ (S. 2133) Trends künftiger Veränderungen in der Gesundheitsversorgung untersucht. Obwohl im heutigen Informationszeitalter verschiedene Quellen zur Gesundheitsinformation genutzt würden, spiele der Hausarzt dennoch die wichtigste Rolle.

Bei hausärztlichen Behandlungen spielt die Beziehung zum Arzt eine zentrale Rolle: Hartmann und Zepf (2003b) untersuchten innerhalb der Replikation der Consumer-Report-Study 191 Patienten, die sich wegen psychischer Störungen ausschliesslich vom Hausarzt behandeln liessen. Dabei zeigte das Verhalten oder die Haltung des Arztes ein signifikanter Einfluss auf das Behandlungsergebnis. Eine supportive ärztliche Haltung erhöhte die Chance auf Symptombesserung und Therapiezufriedenheit deutlich. Auch bei medikamentösen Behandlungen klagten die Patienten, die sich gut vom Hausarzt unterstützt fühlten, deutlich weniger über unerwünschte Nebenwirkungen und berichteten von einer besseren Wirksamkeit der Behandlung.

Auch eine englische Studie (Mattes 1991) bestätigt die Wichtigkeit einer verbindlichen Beziehung zum Hausarzt. Die Autorin fand bei einem Vergleich zwischen Grossbritannien und Deutschland, dass die Briten, trotz geringer Ärztedichte und nur halb soviel staatlichen Ausgaben für das Gesundheitssystem⁴⁴, „entschieden zufriedener sind als die Deutschen“ (S. 97). Mattes (ebda) führt dies auf die Rolle des Hausarztes in Grossbritannien zurück. Durch einen

⁴⁰ Innerhalb der internationalen WHO-Studie berichteten Hausärzte aus allen 14 Ländern, dass sie rund 80% derjenigen, die sie als Fälle mit psychischen Störungen identifiziert hatten, selber eine Behandlung anboten (Üstün und von Korff 1995). Die häufigsten Behandlungsangebote waren beraterisch (52,9%), wobei unklar sei, was genau von den nicht spezialisierten Allgemeinärzten unter einer Beratung verstanden wurde, „it may vary from discussion of the problems to some sort of structured or brief psychotherapies in different centres“ (S. 357). Die anderen Behandlungen waren medikamentöser Art; 26% bekamen sedative Medikamente und 15% Antidepressiva, und zwar unabhängig der jeweiligen Diagnose.

Ebenso zeigte die Art der Behandlung, ob beraterisch oder medikamentös, keinen Zusammenhang mit der zuvor gestellten Diagnose der Patienten. Die einzelnen Gesundheitszentren und -praxen bevorzugten gewisse Behandlungen und wandten diese ziemlich ausschliesslich an.

⁴¹ Buller et al. (1992) untersuchten 1'168 Patienten mit Panikstörungen auf ihr Hilfesuchverhalten; die Mehrzahl der Probanden wurden von Allgemeinärzten mit der Verschreibung von Beruhigungsmitteln behandelt.

⁴² Auch wenn in der allgemeinärztlichen Praxis beispielsweise Depressionen erkannt werden, sind meist Dosierung und Dauer einer antidepressiven Behandlung inadäquat (Gilbody et al. 2003).

⁴³ Die Daten der NCS (Kessler et al. 1999) zeigen, dass ein Viertel der Menschen mit psychischen Störungen, die sich behandeln liessen, dies in allgemeinärztlichen Praxen taten.

⁴⁴ Nach Mattes (1991) können in Grossbritannien seit den 70-er Jahren auf eine Initiative von Prinz Charles nicht nur Ärzte, sondern auch andere Heilkundige (vom Chiropraktiker bis zum Geistheiler) Verträge mit dem National Health Service abschliessen. „Dies bedeutet, dass all diese Therapieformen nicht als ausserhalb der Schulmedizin erlebt und vielleicht daher auch als Alternativen zu einer als unbefriedigend empfundenen herkömmlichen medizinischen Versorgung überbewertet werden können“ (S. 97). Damit entfällt die Wahl von Alternativmedizin im Sinne einer Protesthaltung gegenüber der staatlichen Gesundheitsversorgung für die Briten.

festen Vertrag mit einem ortsansässigen Hausarzt werde die hausärztliche Beziehung oft zu einer „Bindung fürs Leben“ (S. 96), die es dem Arzt erlaube „statt einem Spezialisten für bestimmte Krankheiten zu einem Spezialisten für bestimmte Patienten zu werden“ (S. 96). Die Briten zeigten mehr Vertrauen in die Ärzte, hatten ein positiveres Bild von ihnen und nannten ihr Arztbild auch als Hauptfaktor für ihre grössere Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung allgemein. Allerdings würden die Briten bei einem Magengeschwür die zu treffenden Massnahmen der Entscheidung des Arztes überlassen, während die Deutschen Psychotherapie für die geeignete Behandlung hielten „eine Möglichkeit, die die Briten kaum wählen und häufig als unangebracht empfinden“ (S. 93).

Dieses Eingebundensein in eine verbindliche Beziehung scheint also für die Patienten wichtig zu sein für die Zufriedenheit (Mattes 1991, Hartmann und Zepf 2003b), aber auch für einen allfälligen Gang zum Psychotherapeuten (Hessel et al. 2000). Damit ist der Hausarzt bei der Erkennung, fachgerechten Überweisung und somit Versorgung der Menschen mit psychischen Störungen entscheidend. Lediglich aus einer praxisfernen Sicht, die die nötige Unterstützung dieser hausärztlichen Beziehung vernachlässigt, kann Andrews (2000) meinen: „Sadly for the doctors, but fortunately for sufferers, the doctor-patient relationship is not essential if one has effective and proven treatments. And psychiatry could be delivered without the need for a physician to be involved“ (S. 11)⁴⁵.

Psychiatrie und Psychotherapie kommen nicht ohne Hausärzte aus; diese sind zwar nicht spezialisiert auf Diagnose und Behandlung psychischer Störungen, haben jedoch durch das allgemeinärztliche Vertrauensverhältnis gute Möglichkeiten, einen allfälligen Patienten auf dem Weg zur Psychotherapie zu begleiten und zu unterstützen. Daher ist die Rolle des Hausarztes zentral für die angemessene Behandlung der Menschen mit psychischen Störungen.

Wie jedoch sichtbar wurde, wird diese zentrale Funktion der Hausärzte schlecht wahrgenommen und viele Chancen für fachgerechte Überweisungen bleiben ungenutzt. Dazu sind psychische Störungen in der Allgemeinpraxis kostspielig in der Behandlung (Von Korff et al. 1990, Üstün und Sartorius 1995), da sie, falls sie überhaupt erkannt werden, falsch behandelt werden oder die Patienten zu spät und zu wenig unterstützend überwiesen werden.

Die Erklärung von Helmich (1994) ist „banal: weil in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung dieses Handlungskonzept nicht oder nur marginal vermittelt wird“ (S. 89). Die spezialisierten psychosomatischen und psychotherapeutischen Fachleute würden „isolierte“ (ebda) statt integrierte Psychosomatik betreiben (vgl. von Üxküll 1994, Kap. 2.4.4.7). Auch Kächele (2000) und Bänninger-Huber (2001) kritisieren die Isolierung der psychotherapeutischen Fachleute.

So stehen die Hausärzte unter grossen Forderungen⁴⁶, sich ständig in Diagnostik und Management (Üstün und Sartorius 1995), aber auch in Behandlungsstrategien von psychischen Störungen weiterzubilden (Buller et al. 1992, Araya et al. 1994).

⁴⁵ Brockmann et al. (2001) fanden, dass Patienten, die eine psychoanalytisch orientierte Therapie begannen, „signifikant weniger über ärztliche Überweisungen zum Therapeuten“ (S. 273) kamen.

⁴⁶ Kilchner und Spiess (2003) weisen auf die Bedeutung der Migranten hin, die mit chronischem Schmerzsyndrom zum Hausarzt gelangen. Konfrontiere der Hausarzt die Migranten nach erfolglosen somatischen Anklärungen mit psychosozialen Erklärungen, würden diese jedoch ablehnend reagieren. Die Autoren (ebda) raten, in einfacher Sprache vor allem Erklärungen auf der körperlichen Ebene anzubieten. So sollen vegetative oder neurologische Vorgänge und äussere Faktoren wie Mehrfachbelastungen einbezogen werden.

Prioritär und kostengünstig ist die Forderung von Kessler et al. (1999), die Patienten in der Allgemeinarztpraxis müssten häufiger triagiert und unterstützt werden, spezialisierte Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Gilbody et al. (2003) weisen auf die schlechte Versorgung der depressiven Patienten in der allgemeinärztlichen Praxis hin und betonen die Schwierigkeiten, daran etwas ändern zu können. „Commonly used guidelines and educational strategies were generally ineffective“ (S. 3145). Vielmehr fordere die Umsetzung der Forschungsergebnisse „substantial investment in primary care services and a major shift in the organization and provision of care“ (ebda).

Ein innovatives Projekt zeigt eine Studie der American Foundation of Suicide Prevention (Center et al. 2003). Mittels einer Einstellungsveränderung wurde versucht, Ärzte zur Behandlung von depressiven Störungen zu ermutigen: Center et al. (2003) zeigten, dass gerade unter den Ärzten depressive Störungen selten behandelt werden, obwohl Depressionen so häufig bei Medizinern wie bei der Allgemeinbevölkerung vorkommen, die Autoren schätzen 12, 8% lifetime Prävalenz. Suizide jedoch kommen bei männlichen Ärzten 1,1 bis 3,4 häufiger, bei Ärztinnen 2,5 bis 5,7 mal häufiger vor⁴⁷. Barrieren, Hilfe zu suchen, waren oft hindernde Folgen in den Karrieremöglichkeiten der Ärzte. Ärzte, bei denen diese Barrieren eliminiert und die mit Depressionen und Suizidalität ihrer Kollegen konfrontiert wurden, konnten diese Störungen bei ihren Patienten besser erkennen und besser behandeln.

Jungbauer et al. (2003) fanden bei einer Befragung von 671 ehemaligen Medizinstudenten bezüglich der Brauchbarkeit der medizinischen Ausbildung auf ihre spätere Berufstätigkeit, dass vor allem „eklatante Defizite“ (S. 320) in der Vermittlung psychosozialer Kompetenzen im Umgang mit den Patienten gesehen wurden. An oberster Stelle der Wunschrichtung ärztlicher Fachausbildung stehe die Allgemeine Medizin, nur 2% der Befragten wollten Psychiatrie oder Psychotherapie als Fachrichtung vertiefen.

Hausärzte stehen also unter grossen Anforderungen, die häufig vorkommenden psychischen Störungen in der ärztlichen Praxis zu erkennen, selber zu behandeln und weiterzuweisen. Um psychische Störungen gut erkennen zu können, sind psychosoziale Kompetenzen entscheidend, die in der Ausbildung wenig gewichtet werden.

2.2.2 Medikamentöse Behandlungen

Die seit den 50-er Jahren des letzten Jahrhunderts entdeckten medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten für psychische Störungen sind nach der WHO (2001b) als Revolution in der Geschichte der Psychiatrie anzusehen. Dabei sind drei Klassen psychotroper Medikamente zu unterscheiden: Antipsychotika für psychotische Symptome, Antidepressiva für depressive Symptome und Anxiolytika für Ängste.

Nach der WHO (2001b) sind medikamentöse Behandlungen auf die Handhabung der Symptome, nicht auf die Störungen oder deren Ursachen gerichtet. Daher würden Medikamente nicht psychische Störungen heilen können, jedoch Rückfälle reduzieren oder Symptome lin-

⁴⁷ Auch Reimer et al. (1986) fanden bei einer Untersuchung an 116 Krankenhausärzten, in der Einstellungen zur Suizidalität befragt wurden, dass 50% der Ärzte von bereits erlebten Suizidgedanken berichteten. Zwei Drittel der Befragten hielten sogar eigenes suizidales Verhalten in Zukunft für möglich.

dern können. Oft jedoch schafft erst eine medikamentöse Therapie eine Basis, die überhaupt eine Psychotherapie ermöglichen kann.

Mit den medikamentösen Behandlungen, die medizinische Psychotherapeuten und Hausärzte durchführen können, sind grosse Erleichterungen vor allem bei schweren psychischen Störungen möglich geworden. Bei den leichteren Störungen sind die Behandlungseffekte, die durch Medikamente erzielt werden, jedoch den psychotherapeutischen Behandlungen unterlegen (Lambert und Bergin 1994, Baltensperger 1996, Tschuschke et al. 1997a, Blatt et al. 2000). Das Absetzen der Medikamente führt in der Regel wieder zu Rückfällen, während die Effekte der Psychotherapie über Jahre nach Behandlungsende stabil bleiben (Lambert und Bergin 1994), oder sich sogar noch verbessern (Seligman 1996, Stuhr et al. 2001).

Die besten Effekte zeigen kombinierte Behandlungen (Haberfellner 1997, Hunt 2000). Hutterer (1996) zeigt an den Ergebnissen der Consumer Report Studie, dass 40% der befragten Personen, die Hilfe aufsuchten, Medikamente erhielten. 60% von diesen gab an, dass die Medikamente sehr hilfreich waren. 50% jedoch gaben an, Probleme mit der Medikation zu haben, sie erlebten Schläfrigkeit und Benommenheit. 20% derjenigen, die Medikamente erhielten, berichteten, dass sie über Nebenwirkungen nicht informiert wurden.

Ausserdem erhielten 40% dieser Patienten die Medikamente länger als ein Jahr und 25% länger als zwei Jahre, obwohl eine langfristige Einnahme bei manchen Präparaten zu Gewöhnungseffekten führt und bei anderen Medikamenten nach zweimonatiger Verabreichung die Wirksamkeit eines Placebo-Präparats kaum übersteige (ebda).

2.2.3 Psychotherapie

Der Begriff Psychotherapie ist aus den griechischen Worten „psyche“ für Seele und „therapeuein“ für Dienen zusammengesetzt. Psychotherapie wird häufig ganz technisch nach Strotzka (1975) beschrieben: Sie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden. Dieser Prozess wird mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturveränderung der Persönlichkeit), mittels lehrbarer Techniken und auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens durchgeführt.

Senf und Broda (2000) formulieren, die Fachpsychotherapie sei ein professionelles Handeln im Rahmen und nach Regeln des öffentlichen Gesundheitswesens. Sie sei wissenschaftlich fundiert mit Bezug auf empirisch gesicherte Krankheits-, Heilungs-, und Behandlungsmethoden. Der Zweck der Psychotherapie sei die Behandlung von psychisch bedingten oder mitbedingten Krankheiten, krankheitswertigen Störungen und Beschwerden. Dabei werde eine qualifizierte Diagnostik vorausgesetzt. Durchgeführt werde die Psychotherapie von professionellen Psychotherapeuten mit geprüfter Berufsqualifikation, unter Wahrung ethischer Grundsätze und unter dem Gebot der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit.

Eine einheitliche Definition des Begriffs Psychotherapie gibt es jedoch nicht, da Psychotherapie sich nicht einer einzelnen universitären oder einer einzelnen Berufsrichtung zuschreiben

lässt. Psychotherapie ausführen dürfen in der Schweiz Personen, welche ein Psychologie-, ein Medizinstudium oder eine vergleichbare Grundausbildung absolviert haben und eine mindestens fünfjährige Zusatzausbildung in einer anerkannten psychotherapeutischen Richtung durchlaufen haben. Geregelt werden diese Bestimmungen durch die Kantone, die auch die entsprechenden Praxisbewilligungen ausgeben.

In der Regel werden Psychotherapien von medizinischen oder psychologischen Fachleuten durchgeführt, deren Leistungen jedoch unterschiedlich von den Krankenversicherungen abgegolten werden; die Leistungen der medizinischen Psychotherapeuten werden von der Grundversicherung der Krankenkassen übernommen, diejenigen der psychologischen Psychotherapeuten nicht⁴⁸.

Baltensperger (1996) hat in diesem Umstand gebührenden Raum gegeben; sie redet von einer „skandalösen“ (S. 14) Fehlversorgung im psychotherapeutischen Bereich der Schweiz. „D.h. nicht die psychischen oder physischen Probleme an sich bestimmen in unserem Gesundheitssystem darüber, was als behandlungsbedürftig angesehen wird, und nicht die Angemessenheit der Behandlung ist ausschlaggebend dafür, ob jemand Anspruch auf Krankenkassen-Rückerstattungen oder andere soziale Erleichterungen hat, sondern die Berufszugehörigkeit des Behandlungsanbietenden“ (S. 5).

Mögliche Varianten und Kostenfolgen in der Schweiz, falls die psychologischen PsychotherapeutInnen zur Krankenversicherung zugelassen würden, haben Spycher, Margraf und Meyer (2005) dargelegt. Aufgrund zweier Literaturanalysen (Frei und Greiner 2001, Beeler et al. 2003) und Gesprächen mit 10 Experten (psychologische und ärztliche Psychotherapeuten, die auch ihre Standesinteressen verfolgten) folgern die Autoren eine Unterversorgung vor allem im ambulanten Bereich der Psychotherapien in bestimmten Regionen der Schweiz. Die Einführung eines Psychologieberufegesetzes sei eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für eine verbesserte Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen.

Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts blieb psychotherapeutische Hilfe „sogar enger mit nicht-medizinischen Bereichen verbunden als mit Medizin“ (Wettley 1965, S. 41). Sie fand dort statt, wo normabweichendes Verhalten ein Problem darstellte und nach sinnvollen sozialen Regeln geformt werden musste. Priester und Medizinmänner übernahmen diese Regulierungsfunktion im Auftrag der Gemeinschaft (ebda). Erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts glaubte man ein Anwachsen der neurotischen Krankheitsbilder festzustellen und schenkte ihnen mehr Aufmerksamkeit (Schröder 1995, S. 17).

Hillecke et al. (1996) weisen auf die Überschneidung der medizinischen und psychologischen Psychotherapeuten hin: „Krankheit ist seit je das Gebiet der Medizin, die Psyche oder besser die Lehre vom Verhalten und Erleben ist seit inzwischen hundert Jahren Gebiet der Psychologie“ (S. 97). Der Misstand, dass Leitungspositionen von psychosomatischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Kliniken und Institutionen höchst selten von Psychologen besetzt ist, zeige, dass es scheinbar „nicht um die in der Ausbildung erworbene Kompetenz, sondern vielmehr um tradierte Formen von Karrieremöglichkeiten“ gehe (S. 97).

⁴⁸ Zur Diskussion über den Beruf des Psychotherapeuten und die problematischen Unterschiede zwischen medizinischen und psychologischen Psychotherapeuten verweise ich auf den zusammenfassenden Artikel von Buchmann et al. (1996) und die Studie über Struktur und Leistungen der Psychotherapieversorgung in der Schweiz (Schweizer et al. 2002). Konflikte in Zusammenhang mit den unterschiedlichen Berufsgruppen in der stationären Behandlung beschreibt praxisnah Rössler (2004).

Auch nach Duncan (2002) sind psychologische Psychotherapeuten zur Zeit „at their most undervalued point in history“ (S. 47), was weitgehend mit der Einbindung der Psychotherapie in die medizinischen Wissenschaften zu tun habe (auch Pritz 1996). Während jedoch die moderne Medizin nach Wagner (1996) ein streng naturwissenschaftliches Selbstverständnis entwickelt habe und „misst, was messbar ist und messbar macht, was wir noch nicht messen können“ (S. 244) und dadurch „wahre Erkenntnis nur durch Sinneswahrnehmung, nicht durch Nachdenken“ (S. 224) erfasse, gehe es in der Psychotherapie um das hermeneutische Erfassen der Individualität des Seelischen, wobei das subjektive Erleben der Patienten zentral sei. Psychotherapie sei eine dialogische Wissenschaft, die als Subjekt - Subjekt - Beziehung konstituiert sei, bei der aus dem Dialog eine intersubjektive Bedeutung entstehe. Dieser Aspekt sei aus der modernen Medizin verschwunden. Historisch gesehen stelle dies auch eine bedeutende Leistung der Medizin dar, denn sie befreie damit von den mit Krankheit verbundenen Schuldgefühlen (Wagner 1996).

Unabhängig von den Berufsguppen, die Psychotherapie ausüben, ist Psychotherapie eine äußerst wirksame Behandlungsmethode, dies wird im nächsten Kapitel dargestellt.

2.2.3.1 Wirksamkeit der Psychotherapie

„Lassen Sie mich also fürs erste daran mahnen, dass die Psychotherapie kein modernes Heilverfahren ist. Im Gegenteil, sie ist die älteste Therapie, deren sich die Medizin bedient hat“ (Freud 1905, S. 110).

Psychotherapie ist wirksam. Die Effektstärken⁴⁹ von Psychotherapie bewegen sich zwischen 0,72 bis 1,10, bei Depressionserkrankungen im Mittel 1,11, bei Angsterkrankungen 1,03 und bei gemischten Diagnosen um 0,73 (Lambert und Bergin 1994), nach einer Studie von Sandell et al. (2001) haben psychotherapeutische Langzeitbehandlungen eine Effektstärke von 0,4 bis 0,6; Psychoanalysen sogar von 0,4 bis 1,5. Damit gehört die Psychotherapie zu den wirksamsten Behandlungen in der Medizin überhaupt (Tress 2002, Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie AÄGP et al. 2002). Zum Vergleich: In der Organmedizin werden Behandlungen bei weitaus geringeren Effektstärken, teils schon um 0,3, zugelassen (Buchholz 2002c).

Nach einer psychotherapeutischen Behandlung erreichen 80% (Effektstärke 0,8) der Patienten deutlich stärkere Effekte als vergleichbare unbehandelte Patienten an spontanen Remissionseffekten erwarten können (Smith et al. 1980, Lambert und Bergin 1994, Asay und Lambert 2001⁵⁰).

⁴⁹ Die Effektstärke ist durch folgende mathematische Formel definiert: $d = (M_t - M_c) / s$. Zur Erläuterung hat sich Buchholz (2002b) verständlich geäußert: „d ist die Effektstärke; M_t ist der durchschnittliche (Mean) Behandlungserfolg der Treatment-Gruppe; M_c ist der durchschnittliche Behandlungserfolg der Control-Gruppe. Die Durchschnittswerte beider Gruppen werden voneinander abgezogen, damit hat man die Differenz zwischen beiden Gruppen und das wird durch s, die Standardabweichung dividiert. Die Formel sieht kompliziert aus, ist es aber nicht so sehr. Sie sagt im wesentlichen nur, dass vom erwarteten „besseren“ Erfolg der weniger gute der Kontrollgruppe abgezogen wird – aber es schadet nicht, das zu wissen“ (S.1).

⁵⁰ Asay und Lambert (2001) stellen 51 Studien von 1980 bis 1995 vor. Sie zeigen, dass es 75% der Patienten bereits nach 26 Sitzungen oder nach sechs Monaten mit wöchentlicher Psychotherapie besser ging. Ebenso bestätigen sie den Verlauf der Psychotherapie; am Anfang die Wiederherstellung der Moral, gefolgt von symptomatischer Besserung und schliesslich Charakterveränderungen (vgl. Lueger 1995).

Psychotherapie wird nicht nur bei psychischen Krankheiten, sondern auch bei seelisch gesunden Menschen, etwa in Übergangssituationen oder Lebenskonflikten, bei Operationen oder Krebserkrankungen, mit viel Gewinn angewendet (z. B. Baltensperger 1996, Spiegel 1999).

Lange war die Psychotherapie in der Forschung ein marginalisiertes Thema (z.B. Wallerstein 2001, Üstün 1999), wurde kontrovers diskutiert und von manchen als „akin to hand-holding“ (Gabbard 2001, S.1) oder als „balm for the worried well“ (ebda) angesehen.

Die Geschichte der Psychotherapieforschung ist widersprüchlich und facettenreich. Sie wurde beispielsweise von Meyer (1990), Kächele (1992), Heckrath und Dohmen (1997), Fäh und Fischer (1998) und Wallerstein (2001) beschrieben und bearbeitet.

Kächele (1992) zeichnet für die psychoanalytische Therapieforschung drei Phasen, die als „Epochen der Kulturentwicklung“ (S. 264) betrachtet werden können und nach Fischer und Klein (1997) auch für den Mainstream der Psychotherapie gelten.

In einer ersten Phase von 1930 bis 1970 interessierte die Legitimation zur Psychotherapie mit der Frage: Nützt Psychotherapie überhaupt? Die zweite Phase von 1960 bis 1980 beschäftigte sich mit dem Zusammenhang von Verlauf und Ergebnis mit der Frage: Was muss im Verlauf geschehen, dass am Ende ein positives Ergebnis erwartet werden kann?

Die dritte und aktuelle Phase „zieht die Konsequenzen aus der gesicherten Komplexität des Therapiegeschehens und intensiviert die Untersuchung der prozessualen Vorgänge mit der Frage: Welche mikroprozessualen Vorgänge konstituieren die klinisch konzipierten Makroprozesse?“ (Kächele 1992, S. 265).

Äquivalent zu Kächeles (1992) Epochen spricht Wallerstein (2001) von „Generationen“ (S. 40). Die heutige vierte Generation verspreche die verschiedenen psychoanalytischen Prozessstudien und Ergebnisstudien zu integrieren. Da sich Wallerstein (ebda) ausschliesslich auf die psychoanalytische Therapieforschung bezieht, wird im folgenden Bezug auf Kächeles (1992) Epochen genommen.

In die erste Phase fallen Eysencks (1952) provozierender⁵¹ Schluss, die Erfolgsrate von Psychotherapie sei nicht höher als die spontane Remissionsrate, und die, bis heute immer wieder zitierte, Studie von Dührssen und Jorswieck⁵² (1965), welche die Leistungsfähigkeit von analytischer Psychotherapie mit einer mittleren Dauer von 100 Stunden belegte. Die untersuchten behandelten neurotischen Patienten wiesen deutlich weniger Krankenhaustage auf als die unbehandelten Patienten einer Wartegruppe und sogar als eine zufällig ausgewählte Gruppe aus der Population der Krankenversicherten. „Diese Besserung ist so beträchtlich, dass der Durchschnitt der Krankenhausaufenthalte bei den behandelten Neurotikern signifikant unter den Krankenhausaufenthalten der allgemein Versicherten der Ortkasse Berlin liegt“ (S. 318).

Diese erste Phase, von Meyer (1990) als Rechtfertigungsphase bezeichnet, mit dem Schwerpunkt auf der Outcomeforschung, also den Ergebnissen der Psychotherapie, kam zum Schluss, dass Psychotherapie wirkt. Die Frage, wie Psychotherapie wirkt, leitet zur zweiten Phase über und ist bis heute Gegenstand der Psychotherapieforschung.

⁵¹ Die Originaldaten von Eysenck wurden erst viel später von McNeilly und Howard (1991) reanalysiert. Sie zeigten, dass es einem psychotherapeutisch behandelten Menschen bereits nach drei Monaten so gut geht wie einem nicht behandelten nach zwei Jahren.

⁵² Kächele (1992) bemerkt allerdings, die Studie von Dührssen und Jorswieck (1965) genüge den heutigen methodischen Anforderungen nicht mehr.

In der zweiten Phase, der differentiellen oder vergleichenden Psychotherapieforschung (Meyer 1990), in der der Zusammenhang von Verlauf und Ergebnis interessierte, wurden Patientengruppen, die nach verschiedenen Therapieschulen behandelt wurden, untersucht.

Bereits Rosenzweig (1936) zeigte erstmals auf, dass verschiedene Psychotherapiemethoden ähnliche Resultate erbringen. Er berief sich auf die Geschichte „Alice im Wunderland“ (Carroll 1946/1865), in der der Vogel Dodo die Frage, welches der Tiere den Wettlauf gewonnen habe, beantwortete mit „everybody has won and all must have prizes“ (S. 28).

Auch Luborsky et al. (1975) fanden in einer Metaanalyse von gegen 100 vergleichenden Psychotherapiestudien, dass sich die Behandlungsergebnisse der verschiedenen Psychotherapiemethoden nur wenig voneinander unterschieden und somit keine Therapieform der anderen überlegen ist. In Anlehnung an Rosenzweig (1936) titelten sie ihren Aufsatz: „Everybody has won and all must have prizes“ (Luborsky et al. 1975).

Smith, Glass und Miller (1980) bestätigten ebenso Rosenzweigs Dodo-bird-verdict und Stiles, Shapiro und Elliott (1986) bezeichneten dieses Phänomen, dass die äquivalente Effektivität der verschiedenen Therapiemethoden im Kontrast zu den nicht-äquivalenten Prozessen der einzelnen Therapiemethoden stehen, als das „Äquivalenz-Paradox“ (S. 1).

Seither beziehen sich Forscher der differentiellen Psychotherapieforschung im amerikanischen und deutschsprachigen Raum auf das „Dodo-bird-verdict“ oder das „Äquivalenz-Paradox“.

Mit dieser zweiten Phase war klar, dass verschiedene Psychotherapiemethoden den vergleichbaren Therapieerfolg verzeichnen konnten. Unklar blieb, welche spezifischen Wirkfaktoren in den einzelnen Psychotherapieprozessen wichtig waren. Diese sind bis heute umstritten geblieben (Heckrath und Dohmen 1997) und bleiben Gegenstand weiterer Untersuchungen.

Es wurden jedoch unspezifische Wirkfaktoren wie Empathie, Unterstützung oder die therapeutische Arbeitsbeziehung gefunden, die bei jeder Therapieform wirksam sind. Diese unspezifischen Wirkfaktoren gelangen in der dritten und aktuellen Phase ins Zentrum der Aufmerksamkeit.

Die Anliegen der dritten und aktuellen Phase sind nach Kächele (1992), die mikroprozessualen Vorgänge der Psychotherapie zu untersuchen⁵³, nach Fischer und Klein (1997) mit naturalistischen Designs zu arbeiten, die sich wieder den realen Praxisbedingungen zuwenden. Fischer und Klein (1997) kritisierten die in der zweiten Phase üblichen Studiendesigns, bei denen die Patienten zufällig zu Kontroll- oder Behandlungsgruppen und zu den verschiedenen Therapieformen und Therapeuten zugewiesen wurden, was letztlich zu einer Entfernung von der klinischen Praxis geführt habe.

Auch Heckrath et al. (1997) meinen, eine Randomisierung, die für ein Kontrollgruppendesign erforderlich ist, sei für die Psychotherapie weder sinnvoll noch möglich. Da die wichtige Entscheidung des Patienten für eine psychotherapeutische Behandlung stark durch die Situation des Patienten und vermutlich noch mehr durch die ersten Interaktionen des Patienten mit sei-

⁵³ Dies löste zum Beispiel Krause (2003) ein, der „das Gegenwartsunbewusste als kleinster gemeinsamer Nenner aller Techniken“ (S. 316) formulierte und anhand empirischer Studien zeigen konnte, dass die Hartnäckigkeit psychischer Störungen durch das unbewusste mikroaffektive Verhalten der seelisch erkrankten Personen erklärt werden kann.

nem zukünftigen Therapeuten geprägt sei, müsste eine Randomisierung die Entscheidung des Patienten „beugen“ (S. 38).

Duncan (2002) meint, die Methode der Randomisierung für Kontrollgruppen sei für die Psychotherapie nicht angemessen, denn diese Ergebnisse könnten nicht generalisiert werden. „The RCT (randomized clinical trial) randomly assigns members of a homogeneous group of clients - sorted by their diagnosis - to manualized treatment conditions. Doing therapy by a manual is like having sex by a manual. Perhaps the desired outcome is achieved if instructions are technically followed. But the nuances and creativity of an actual encounter flow from the moment-to-moment interaction of the participants, not from Step a to Step b (...) Simply put, psychotherapists do not do therapy by the book“ (S. 46).

Ergänzend zu den traditionellen und vorwiegend quantitativen Kriterien schlagen Fischer, Frommer und Klein (1998) qualitative Bewertungskriterien vor, welche auch dem praktizierenden Psychotherapeuten erlauben, „seine konkrete klinische Erfahrung in die Psychotherapieforschung einzubringen“ (S. 167).

Aus diesem Rahmen fällt die Metaanalyse von Grawe et al. (1994), die in einem aufwändigen Werk mehr als 800 Studien untersuchten, jedoch in der dritten Phase der Psychotherapieforschung noch Ergebnisse zur zweiten Phase formulierten; sie berücksichtigen nur Studien mit Labor-Design, die in der Verhaltenstherapie üblich sind und schlossen die für psychoanalytischen Therapien üblichen, naturalistischen Studien aus. Nach Hillecke et al. (1996) sind die Studien, die Grawe et al. (1994) heranzogen, „heute veraltet“ (S. 99), seine Aussagen würden sich auf die Jahre vor 1984 beziehen und allenfalls den Stand der damaligen Effektivitätsforschung spiegeln, was Grawe et al. (1994) klarer herausstellen hätten müssen.

Grawe et al. (1994) meinten, das Dodo-Bird-Verdikt widerlegen zu können. Die meisten Psychotherapiekonzepte seien nicht genügend empirisch untersucht worden und könnten daher keine Gültigkeit beanspruchen. Am ehesten seien Verhaltenstherapie, personen- und klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und zum Teil psychoanalytisch orientierte Verfahren empirisch gestützt⁵⁴.

Daher fordern sie eine „Allgemeine Psychotherapie“⁵⁵ (S. 786), die aus den vier Ingredienzen Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Motivklärung und aktive Hilfe beim Problemlösen⁵⁶ besteht. Nach Wagner (1996) kann die Unterscheidung von vier Wirkfaktoren für den interdisziplinären Dialog hilfreich sein; sie erlaube (worauf sich Grawe et al. (1994) beschränken würden) die Differenzierung von unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen in verschiedenen Therapieschulen.

Fischer et al. (1998) kritisieren unter anderem, dieses Modell vernachlässige, „dass die spezifische Beziehungsgestaltung das Agens movens jeder Therapie ist und deshalb ins Zentrum naturalistischer Studien gestellt werden muss. Es geht von der überholten modernistischen Vorstellung von Psychotherapie als technologischer Anwendung von Grundlagenforschung aus. Therapie geschieht in einer Interaktion und ist nicht ein einseitig geplanter Vorgang“ (S. 186).

⁵⁴ Aktuell fanden jedoch beispielsweise Leichsenring et al. (2003), dass sowohl die psychodynamische als auch die kognitive Verhaltenstherapie effektive Behandlungen von Persönlichkeitsstörungen sind.

⁵⁵ Strauss (2000) bezeichnet diese Idee der allgemeinen Psychotherapie als Grössenfantasie, in der „relevante individuelle Unterschiede – sowohl zwischen Patient(inn)en als auch auf Therapeut(inn)enseite – verleugnet werden“ (S. 25).

⁵⁶ Aktive Hilfe beim Problemlösen können auch als Übergriffe verstanden werden.

Grawe et al. (1994) provozierten vor allem eine „enorme öffentliche Resonanz“ (Tschuschke 1997, S. 11). Die informierte Fachwelt hingegen kritisierte die Ergebnisse von Grawe et al. (1994) scharf aus statistischer (Rüger 1998) und methodologischer Sicht (Mertens 1994, Hillecke et al. 1996, Wagner 1996, Tschuschke et al. 1997b, Heckrath und Dohmen 1997, Leichsenring 1998, Tschuschke und Kächele 1998, Fischer et al. 1998, Csontos 2000). Die Sammelbände von Tschuschke et al. (1997b) sowie Fähr und Fischer (1998) widmen sich dieser Thematik ausführlich. Buchholz (1999) antwortete Grawe mit einem Buch mit dem Titel „Psychotherapie als Profession“ (1999). In der amerikanischen Literatur werden Grawe et al. (1994) kaum beachtet.

Trotz der grossen Kritik leisteten Grawe et al. (1994) jedoch einen wichtigen Beitrag zur Akzeptanz psychischer Störungen und Psychotherapien, indem sie immer wieder auf das grosse Versorgungsdefizit in der Psychotherapie, auch in der Schweiz, hinweisen (auch Baltensperger 1996).

Lambert und Bergin (1994) hingegen zeigten im gleichen Jahr in einem bis heute vielbeachteten Artikel, dass Psychotherapie wirkt. Wieder konnten sie das Vogel-Dodo Verdikt bestätigen und forderten, dass eher störungsspezifische Behandlungen untersucht werden sollten.

Eine solche Studie, die gerade die Forderungen nach naturalistischen Designs, wie sie von Fischer et al. (1998) gefordert werden, erfüllt, ist die Consumer Report-Study in den USA (Seligman 1996, Hutterer 1996).

Consumer Reports, eine unabhängige amerikanische Konsumentenzeitschrift, führte im Jahr 1994 eine Befragung unter seinen 180'000 Lesern durch, in der unter anderem auch Fragen über Psychotherapie gestellt wurden. Von den 22'000 Personen, die antworteten, nahmen 2'900 Personen professionelle Unterstützung oder Therapie bei seelischen Problemen in Anspruch; 37% bei Psychologen, 22% bei Psychiatern, 14% bei Sozialarbeitern, 9% bei Eheberatern und 18% bei anderen.

Die Studie (Hutterer 1996) zeigt verschiedene Ergebnisse, die sich mit der bisherigen Forschungsergebnissen decken:

1. Psychotherapie bewirkt substantielle Veränderungen. Rund 90% der Befragten gaben deutliche Besserungen ihres Leidens durch Psychotherapie an (vgl. Lambert und Bergin 1994).
2. Keine Psychotherapiemethode war der anderen überlegen (vgl. Luborsky et al. 1975).
3. Längerfristige Psychotherapien waren wirksamer; Patienten, die mehr als sechs Monate in psychotherapeutischer Behandlung blieben, erfuhren einen grösseren Nutzen als diejenigen, die die Behandlung früher beendeten. Eine Behandlungsdauer von mehr als zwei Jahren brachte die besten Ergebnisse (vgl. Stühr et al. 2001).
4. Wirksame Psychotherapien gingen über Symptomreduktion hinaus. Nicht nur die Symptome, die die Klientinnen und Klienten in die Psychotherapie führten, konnten reduziert werden, sondern auch die soziale Beziehungsfähigkeit, die Arbeitsproduktivität, der Umgang mit Alltagsstress, Lebensfreude, Einsicht und Entwicklung, Selbstwert und Selbstvertrauen wurden deutlich verbessert (vgl. Luborsky et al. 1999, Duncan 2002, Stühr et al. 2001).

5. Psychotherapie allein war genauso wirksam wie Psychotherapie in Verbindung mit Psychopharmaka, unabhängig davon, welche psychische Störung vorlag (vgl. Lambert und Bergin 1994).
6. Qualifizierte Psychotherapeuten sind im Behandlungserfolg überlegen; aufgrund einer Behandlung bei einem professionellen Psychotherapeuten war die Linderung von psychischem Leiden am stärksten ausgeprägt. Die Wirksamkeit der Behandlung bei Eheberatern und Hausärzten hingegen war deutlich geringer.
7. Langfristige psychotherapeutische Behandlungen zeigten qualitative und quantitative Behandlungserfolge, die der Behandlung durch andere Professionelle im Gesundheitswesen überlegen waren (vgl. Stuhr et al. 2001).
8. Aktive Klienten (vgl. Meadows et al. 2000) profitierten deutlicher von der Behandlung. Sie traten als „aktive Konsumenten und Shopper“ (Hutterer 1996, S. 147) am Psychotherapiemarkt auf, erkundigten sich über Behandlungsmethoden, probierten erst einige Psychotherapeuten, bevor sie „kauften“ (ebda), sagten nur selten Sitzungen ab und besprachen auch negative Gefühle mit ihren Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.
9. Ebenso zeigte die Studie, dass Psychotherapien, deren Dauer durch die Krankenkassen, die nur eine bestimmte Dauer zahlten, begrenzt wurden, schlechter abschnitten als jene, die von diesen Einschränkungen nicht betroffen waren (auch Lazar und Gabbard 1997). 21 % gaben die Kosten als Grund für einen Therapieabbruch an.

Die Ergebnisse der CR-Study sind nicht spezifisch für die USA, sondern lassen sich auf Länder mit vergleichbarer medizinisch-psychotherapeutischer Versorgungslage übertragen.

Hartmann und Zepf (2003a) replizierten die CR-Study in Deutschland. Auch sie wollten die Wirksamkeit unterschiedlicher Behandlungsformen psychischer Störungen aus der Sicht der behandelten Patienten ermitteln. Die Ergebnisse der CR-Study konnten bestätigt werden. Jedoch ergaben sich in Deutschland eine noch schlechtere Beurteilung der Hausärzte und eine geschlechterabhängige Differenz zuungunsten der männlichen Patienten.

Ebenso untersuchen eine Reihe von Studien psychoanalytischer Provenienz (Stuhr et al. 2001) in naturalistisch angelegten, prospektiven Designs die Wirksamkeit und Effizienz analytischer Langzeittherapien (Rudolf et al. 2001). Sie zeigen auf, dass Langzeitpsychotherapien auch für Patienten mit schweren Störungen wirksam sind (Stuhr et al. 2001).

Ähnliche Ergebnisse fanden Sandell et al. (2001). Sie untersuchten 400 Patienten während und nach ihrer Behandlung. Psychoanalytische langdauernde und hochfrequente Behandlungen zeigten deutlich bessere Ergebnisse, erfahrene Psychoanalytiker waren am erfolgreichsten und Psychotherapeutinnen zeigten im Vergleich zu Psychotherapeuten bessere Ergebnisse. Die klassisch - analytische Haltung wirkte sich jedoch negativ in Psychotherapien aus (ebda 2001).

Bateman und Fonagy (2001) zeigten, dass bei schweren psychischen Störungen wie Borderline-Störungen eine partielle psychoanalytisch orientierte stationäre Behandlung besser als alle anderen Behandlungsstrategien funktionierte. Die Patienten konnten Suizidalität, selbstzerstörerische Handlungen, Hospitalisierungen und begleitende Symptome wie Angst und Depressionen reduzieren. Dazu zeigten die Patienten bessere soziale und persönliche Beziehungen. Diese Ergebnisse hielten bei den psychoanalytisch orientiert therapierten Patienten auch nach 18 Monaten nach der Hospitalisierung noch an. Im Gegensatz dazu zeigten diejenigen Patienten, die nur nach standardisierten psychiatrischen Grundsätzen behandelt wurden, nur während der Hospitalisierung Verbesserungen.

Allerdings zeigen Verheul et al. (2003), dass auch eine Verhaltenstherapie bei Patientinnen mit Borderline-Störungen bessere Ergebnisse als eine Standardtherapie aufzeigen. Diese konnte das Risikoverhalten der Patientinnen wesentlich beeinflussen.

Nach Fischer et al. (1998) besteht das Äquivalenz-Paradoxon nur auf der Ebene der Verfahren und werde zugleich durch die Methodik der experimentellen Wirkungsforschung aufrechterhalten, die „durch ihre immanenten Grenzen die Analyse kausaler Wirkmuster ausschliesst“ (S. 187). In der Phase drei, mit der Wendung zur naturalistischen und Einzelfallforschung verschwinde das Paradoxon, und Psychotherapien „zeigen sich als das, was sie immer schon waren: als sehr sensible und leicht störbare Veränderungsprozesse mit ausserordentlich unterschiedlichem Erfolg und Tiefgang, in Abhängigkeit vor allem von einer gelingenden Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patient“ (S. 187).

Was früher als unspezifisch galt müsse heute spezifisch und fassbar gemacht werden. Ein unspezifischer Faktor wie die Empathie müsse weiter differenziert werden, denn nicht jeder Patient reagiere positiv auf empathische Äusserungen seiner Therapeutin, „nicht jede Patientin will „bedingungslos akzeptiert“ werden“ (S. 178).

Fischer et al. (1998) stellen ein „Arbeitsmodell der therapeutischen Veränderung“ (S. 180) vor, das therapeutische Veränderungsschritte „aus der optimalen Differenz zwischen pathogener Vorerfahrung der Patientin und erlebter gegenwärtiger Beziehungsgestaltung, dem therapeutischen Arbeitsbündnis“ (S. 187) erklärt. Diese Differenz wird im Verlauf einer Psychotherapie viele Male erlebt und kann so zu neuen (nicht pathogenen) Erfahrungen des Patienten führen.

Auch sie lösen den Anspruch der dritten Phase der Therapieforschung ein; faktische Therapieverläufe am Einzelfall möglichst naturalistisch zu untersuchen, um zu Aussagen über hochspezifische therapeutische Veränderungen, Prozesse und Interaktionen zu gelangen.

Auch im amerikanischen Sprachraum sind verschiedene Beiträge zum Dodo-Bird-Verdict entstanden (z. B. Elliott et al. 1993, Crits-Christoph 1997, Howard et al. 1997, Wampold et al. 1997), die versuchen, das Äquivalenz-Paradox zu entkräften, respektive die unspezifischen Wirkfaktoren weiter zu differenzieren.

Luborsky et al. (1999) replizierten ihre Metaanalyse von 1975. Diesmal interessierte sie besonders, ob die dynamische Psychotherapie bessere Effekte als andere Verfahren zeige. Wieder fanden sie, dass die Vergleiche zwischen den Verfahren klar zeige, dass die dynamische Psychotherapie (die kürzer als die Psychoanalyse ist, jedoch sich die Technik der Psychoanalyse ausleiht) nicht besser abschneide als andere Therapien.

Da der Haupttrend der vergleichenden Studien nur nichtsignifikante Unterschiede zeigte, bestätigten sie das Dodo-Bird-Verdict, zeigten jedoch, dass gemeinsame Komponenten in verschiedenen Psychotherapie existierten, die extratherapeutischen Bedingungen in den einzelnen Studien variierten und die Bindung des Forschers zu einer bestimmten Psychotherapie die Ergebnisse beeinflusste.

Die Autoren bedauern, dass gewisse Vorzüge der dynamischen Therapie in ihren Studien nicht erkannt wurden. Mögliche Langzeitfolgen der psychodynamischen Therapie seien noch nicht untersucht worden. Ausserdem würden Symptomveränderungen und allgemeine Anpassungsveränderungen nicht unterschieden, da die dynamische Therapie weniger Wert auf eine rasche Symptomveränderung lege als auf eine strukturelle Veränderung, welche schwieriger

zu erfassen sind. Dazu sei das Konzept der Einsicht bisher nicht angemessen operationalisiert, und deshalb nicht untersucht worden.

Mittlerweile zeigen viele Beiträge den Zusammenhang zwischen dem Ergebnis einer Psychotherapie und Persönlichkeitsfaktoren der Patienten (Blatt et al. 2000) oder Persönlichkeitsfaktoren der Patienten und Therapeuten (Janowski 1999), und dass störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungen verschieden wirken (für eine Übersicht siehe Janowski 1999 oder Hofmann und Tompson 2002).

In einer kürzlichen Untersuchung zeigten Luborsky et al. (2002) noch einmal, dass das Dodo Bird Verdict immer noch gültig ist. Sie korrigierten den in der 1999-er Studie gefundenen Zusammenhang zwischen der Bindung des Forschers zu einer spezifischen Therapie und deren Ergebnisse und fanden folgerichtig mit dieser Korrektur keinen Zusammenhang mehr⁵⁷.

Sie korrigierten den Anteil an dynamischen Therapien in ihrer Studie⁵⁸, verglichen nur aktive Behandlungen miteinander, brauchten also keine Kontrollgruppe wie nicht-psychotherapeutische Behandlungen oder Warte-Gruppen (aus diesem Grund wurde auch die Metaanalyse von Grawe et al. (1994) nicht berücksichtigt) und fanden wieder nur „the small and non-significant difference effect that we call the Dodo bird verdict“ (S. 9).

Nach weiteren Argumenten, die Forschung nach der Frage der Unterschiede bezüglich der Wirksamkeit der verschiedenen Therapien aufrechtzuerhalten, schliessen Luborsky et al. (2002) „Small and non-significant outcomes do not mean that the treatments compared have the same effect on all patients“ (S. 10). Zwei Patienten könnten, nachdem sie sich mit verschiedenen Verfahren behandelt hätten, sich beide besser und nicht mehr depressiv fühlen. Aber der eine berichte auch, dass er besseres Verständnis für seine Liebesbeziehung aufbringe und hilfreiche Veränderungen erwirkt habe. Luborsky et al. (2002) fordern, dass solche Aspekte therapeutischer Veränderungen ebenfalls gemessen werden sollten.

Auch Asay und Lambert (2001) betonen die Wichtigkeit der gemeinsamen Faktoren und gliedern die wesentlichen Forschungserkenntnisse in vier Wirkfaktoren-Bereiche, die für die Besserung eines Psychotherapiepatienten verantwortlich seien. Das sind zu 40% extratherapeutische Veränderungen (Patientenmerkmale und -ressourcen), zu 30% die therapeutische Beziehung, zu 15% Methoden und zu weiteren 15% Erwartungs- oder Placebo-Effekte.

Hubble et al. (2001) zeigen in einem Übersichtsband ausführliche Beiträge über „die grossen Vier“ (S. 26). Wichtig sind die 40% extratherapeutische Faktoren, die den Klienten ins Zentrum stellen. „Ohne Klienten gibt es keine Psychotherapie. Diese Faktoren, fraglos die allge-meinsten und mächtigsten unter den gemeinsamen Faktoren, sind Teil der KlientIn oder ihrer Lebensumstände (S. 27).

Tallman und Bohart (2001) meinen, die bündigste Erklärung für das Vogel Dodo Verdict sei, dass weder der Therapeut noch die Technik eine Therapie wirksam mache, sondern der Klient. Sie sprechen von der „KlientIn als HeldIn“ (S. 88) in der Therapie und meinen, „dass das Vogel Dodo Verdict auftritt, weil die Fähigkeit der KlientIn, das zu nutzen, was angeboten wird, jeden Unterschied übersteigt, den Techniken oder Ansätze zeigen“ (S. 90). Sie erhöhen die 40%, die Asay und Lambert (2001) den extratherapeutischen Faktoren zuordnen, auf

⁵⁷ Allerdings haben Messer und Wampold (2002) unspezifische Wirkfaktoren untersucht und zeigen, dass die therapeutische Beziehung, sowie die Loyalität und Überzeugung des Therapeuten gegenüber seiner gewählten Therapiemethode am wirksamsten sind.

⁵⁸ Crits-Christoph (1997) kritisierte dies an der Studie von Wampold (1997)

70%, da sowohl der Placeboeffekt ganz als auch die therapeutische Beziehung zur Hälfte von den Klienten abhängen.

Ebenso legt Duncan (2002) das Hauptgewicht therapeutischer Wirksamkeit auf die Klienten. Er fordert gar, die Messung der Effektivität therapeutischer Behandlungen den Klienten zu überlassen, was jedoch eine absurde Folgerung ist, werden schwere psychische Störungen wie zum Beispiel der destruktive Narzissmus (Seidler 1994) betrachtet. Zu 30% ist die therapeutische Beziehung wirksam, was sich mit den übrigen Forschungsergebnissen deckt (Lambert und Bergin 1994) und aus psychoanalytischer Sicht schon seit jeher zentrales Thema ist (z. B. Herberth und Maurer 1997, von Üxküll 1998).

Bachelor und Horvath (2001) zeigen in ihrer Übersicht, dass „ein zu einem frühen Zeitpunkt geschlossenes Bündnis (d.h. in der dritten bis fünften Sitzung) eine bedeutsame Vorhersagegrösse für das abschliessende Behandlungsergebnis darstellt“ (S. 144), daher sollten sich Therapeuten besonders um das anfängliche Beziehungsklima kümmern und offensichtliche Schwierigkeiten innerhalb der Beziehung in diesen ersten Stunden bearbeiten. Dieser Hinweis auf die Wichtigkeit des Beginns der Therapie wird im Verlauf der vorliegenden Arbeit weiter interessieren.

Psychotherapie ist ein „ein hochkomplexes Geschehen“ (Tschuschke, Heckrath und Tress 1997a, S. 150), das von einer kleinen und beständigen Fachwelt intensiv beforscht wird. Wallerstein (2001) schliesst seine aktuelle Übersicht zuversichtlich, die heutige vierte Generation der Psychotherapieforschung ermögliche durch ihren natürlichen Zyklus „wahrhaft beschleunigende Durchbrüche“ (S. 57).

Trotzdem: Im Mental Health Report der WHO vom Jahr 2001 (WHO 2001b) ist der Psychotherapie als Behandlung für psychische Störungen nur eine knappe Seite gewidmet.

2.2.3.2 Wirtschaftlichkeit der Psychotherapie

Patienten mit psychischen Störungen erleben erhebliche psychosoziale Einschränkungen, konsumieren vermehrt Medikamente, nehmen medizinische Dienstleistungen in hohem Masse in Anspruch und sind häufig krankheitsbedingt arbeitsunfähig, weswegen sie hohe gesellschaftliche Kosten verursachen (Escobar et al. 1987, Franz und Schepank 1994, Fahrenberg 1995, Speckens et al. 1996, Baltensperger 1996, Andrews et al. 1999, Wittchen et al. 1999).

Stewart et al. (2003) schätzen die jährlichen Kosten für Absenzen und andere Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in den USA bei Depressiven auf 44 US-Billionen⁵⁹ Dollar, 31 US-Billionen Dollar mehr als für nicht depressive Arbeitende. Weniger als 30% berichteten von Behandlungen medikamentöser oder psychotherapeutischer Art. Dazu war die grosse Mehrheit der verlorenen Arbeitsproduktivität unsichtbar und „explained by reduced performance while at work“ (S. 3135).

Somatoforme Störungen gehen mit beträchtlichen gesellschaftlichen Kosten einher. Jacobi et

⁵⁹ Eine US-Billion Dollar entspricht einer Milliarde Dollar.

al. (2002) fanden in ihrer Studie, dass die Anzahl bezogener Krankheitstage, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, und die subjektiven Beschwerden sogar die entsprechenden Werte für die meisten untersuchten somatischen Erkrankungen überschritten.

Franz und Schepank (1994) fanden, dass Personen mit psychogenen Beeinträchtigungen viel häufiger krankgeschrieben wurden als Nichtfälle (die keine Diagnose erhielten). Sie fanden in der Vorwoche des Interviews 5,3% der Fälle gegenüber 1,2% der Nichtfälle krankgeschrieben. Im Verlauf des letzten Jahres waren die Fälle 1,2 Wochen krankgeschrieben, die Nichtfälle nur 0,2 Wochen. Auch bei Klinik- und Kuraufenthalten überwogen diejenigen mit einer psychogenen Beeinträchtigung die Nichtfälle, nicht nur im psychischen, sondern auch im somato-medizinischen Bereich.

Im Rahmen einer von der WHO weltweit durchgeführten Untersuchung haben Kühn et al. (2002) in deutschen Allgemeinarztpraxen Patienten im Verlauf eines Jahres hinsichtlich psychiatrischer Erkrankungen untersucht. Dabei interessierten sie besonders die depressiven Erkrankungen und die daraus folgenden psychosozialen Behinderung.

8,6% der Patienten in Allgemeinarztpraxen litten aktuell unter Depressionen nach den Definitionen von ICD-10. Sie zeigten in 33,3% rezidivierende und chronifizierende Verläufe und führten zu einem hohen Grad an psychosozialer Behinderung (28,2%). Die Diagnose einer depressiven Erkrankung zum Indexzeitpunkt ging einher mit 3,2 Arbeitsunfähigkeitstagen pro Monat im Vergleich zu 1,7 Tagen bei Patienten ohne die Diagnose einer Depression.

Depressive Erkrankungen führten in 28,2% der Fälle zu einer bedeutsamen Behinderung in der Erfüllung sozialer Rollen im Vergleich zu 8,6% bei chronischen somatischen Erkrankungen. Kühn et al. (2002) fanden besonders bedeutend, dass diese erhöhte Rate negativer sozialmedizinischer Folgen bereits bei grenzwertigen Depressionen zu beobachten ist und mit einer Behinderungsrate von 15,3% der Patienten bzw. 2,9 Arbeitsausfalltagen einhergeht.

Auch Wittchen et al. (1998) fanden, dass Personen mit Depressionen im Mittel fast zwei Tage mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit, sowie 7,6 Tage mit eingeschränkter Arbeitsproduktivität pro Monat aufwiesen. Auch bei den besonders häufig bagatellisierten Angststörungen seien die Werte mit einem Arbeitsunfähigkeitstag bzw. 4,6 Tagen, und bei somatoformen Störungen mit einem und drei Tagen deutlich erhöht. Personen ohne eine psychische Störungen jedoch wiesen nur 0,1 respektive 0,2 Tage auf.

Diese durch psychische Störungen verursachten Kosten können mit Psychotherapie günstig reduziert werden und damit unnötige und teure somatische Behandlungen vermeiden (Smith et al. 1980, Mumford et al. 1984, Howard et al. 1994, Grawe et al. 1994, Heinzl et al. 1995, Keller et al. 2001, Simon und Von Korff 1995, Lamprecht 1996, Baltensperger 1996, Gabbard et al. 1997, Wittchen et al. 1999, Frei und Greiner 2001, Lachenmaier 2002, Bateman und Fonagy 2003).

Bereits Mumford et al. (1984) kontrollierten in einer Metaanalyse über den Kostenreduktionseffekt nach psychosozialen Interventionen in 58 Studien von den 60-er bis zu den 80-er Jahren und kamen zum Schluss, dass die retrospektive Analyse von Krankenversicherungsdaten und Metaanalyse von Zeitreihenstudien sowie kontrollierten Studien einen deutlichen Kostenreduktionseffekt nach ambulanter Psychotherapie zeige. 75% der Einsparungen kamen von reduzierten Krankenhaustagen, weniger ausgeprägt war der Effekt im Ambulanzbereich.

Gabbard et al. (1997) fanden in einer Übersicht von Studien aus dem englischen Sprachraum zwischen 1984 und 1994, dass Psychotherapie in 88% der Studien Hospitalisationen, medizinische Ausgaben und Arbeitsunfähigkeit von Menschen mit schweren psychischen Störungen und Substanzenabus-Störungen reduzierten.

Heinzel und Breyer (1995) stellten fest, dass eine analytische Gruppenpsychotherapie eine Besserung des körperlichen und seelischen Befindens und der Beziehungsgestaltung mit sich bringt. Die Einsparungen an Lohnfortzahlungen und Krankenhaustagen übersteigen schon ein Jahr nach Psychotherapieende die Kosten für die Therapie um DM 1000.-.

Bei längerer Katamnese dürfte sich dies noch deutlicher zeigen, da die durch eine Psychotherapie erreichten Effekte oft erst mit einer zeitlichen Verzögerung auch zu einem veränderten Inanspruchnahmeverhalten führt (Lamprecht 1996).

Während in Australien psychotherapeutische und selbst psychoanalytische Behandlungen von der Krankenkasse übernommen werden, werden in Neuseeland nur limitierte psychotherapeutische Behandlungen bezahlt. Bei einem Vergleich dieser beiden Länder zeigte sich, dass Neuseeland 44% höhere Ausgaben pro Kopf verzeichnete, weil in diesem Land mehr Hospitalisierungen stattfanden (Andrews et al. 1999).

Leuzinger-Bohleber et al. (2001) fanden in einer Katamnese studie folgende Ergebnisse: 75% der Patienten gaben rückblickend an, dass sie vor der Therapie in ihrem Gesamtbefinden deutlich beeinträchtigt waren, zum Katamnesezeitpunkt gab die Mehrzahl (65%) ein gutes Befinden an. 80% berichteten positive Veränderungen in bezug auf ihr Wohlbefinden, ihre persönliche Entwicklung und ihre Beziehungen zu anderen, 70 bis 80% hinsichtlich der Bewältigung von Lebensereignissen, Selbstwertgefühl, Stimmung, Lebenszufriedenheit und Leistungsfähigkeit. 76% der Patienten waren mit der Behandlung zufrieden, die Analytiker waren mit 64% Zufriedenheit deutlich kritischer.

Um zu prüfen, wie sich die Zufriedenheit der Patienten auch in Einsparungen von Krankheitskosten niederschlagen, wurden von den Patienten auch die Zahlen ambulanter Arztkontakte, Medikamenteneinnahme, Krankenhaustage und Krankschreibungen vor, während und nach der Psychotherapie erfragt.

Diese wurden mit Daten der Krankenkassen verglichen. Dabei fanden sie im Jahr vor der Behandlung im Schnitt 6,7 Arztbesuche und 10,3 Arbeitsunfähigkeitstage, während der Behandlung 3,7 Arztbesuche und 6,3 Arbeitsunfähigkeitstage, vier Jahre nach der Behandlung 4 Arztbesuche und 4 Arbeitsunfähigkeitstage. Diese Daten deuten auf deutliche und anhaltende Einsparungen der Gesundheitskosten während und nach der psychotherapeutischen Langzeitbehandlung (Leuzinger-Bohleber et al. 2001).

Borderline-Patienten, die über ein Jahr lang zweimal wöchentlich ambulante Psychotherapie beanspruchten, brauchten weniger stationäre Aufenthalte, weniger Notfalldienste und weniger hausärztliche Inanspruchnahme, zeigten dafür jedoch eine bessere Arbeitsfähigkeit. Im Schnitt wurden jährlich 10'000 Dollar pro Kopf gespart (Stevenson und Meares 1992). Bateman und Fonagy (2003) fanden, dass die psychoanalytisch orientierte Psychotherapie bei Patienten mit Borderline-Störungen nicht teurer ist als eine standardisierte Behandlung und dazu beträchtliche Kostenersparnisse nach der Behandlung zeigte.

Lachenmeier (2002), ein Psychiater aus der Schweiz, skizziert an einem Fallbeispiel die Mehrdimensionalität einer Psychotherapie: Ein Patient suchte wiederholt den Hausarzt mit

Verdauungsbeschwerden auf und wurde schliesslich in eine psychotherapeutische Behandlung überwiesen. Dort wurde klar, dass der leitende Bankangestellte an Angstzuständen litt, sich selbst unsicher fühlte, versuchte, es allen recht zu machen, sich ständig überforderte und übermüdet nach Hause kam.

Zunehmend kam es zu Spannungen in der Ehe und der neunjährige Sohn reagierte darauf mit Trotz und schlechten Schulleistungen. In der einjährigen Psychotherapie konnten die wesentlichen psychischen Konflikte aufgearbeitet werden und es zeigten sich Verbesserungen auf der Symptomebene (Verdauungsbeschwerden und Angstzustände waren verschwunden und der Patient litt weniger an Erschöpfung) auf der Persönlichkeitsebene (besseres Selbstwertgefühl, verbesserte konstruktive Durchsetzungsfähigkeit, weniger Angst vor Verlangsamung seiner Arbeitskraft, weniger Angst vor emotionaler Nähe und Offenheit) und auf der familiären Ebene (Ehebeziehung verbesserte sich, familiäre Spannungen verschwanden, die Schulleistungen des Sohnes stiegen an).

Auf der ökonomischen Ebene nahmen durch die Psychotherapie die Krankheitstage und Arztbesuche ab, die Leistungsfähigkeit und Effizienz bei der Arbeit nahmen zu, die Zusammenarbeit und Abgrenzungsfähigkeit bei der Arbeit verbesserten sich, familiäre Schwierigkeiten nahmen ab und aufgrund des stabilisierten Familienklimas könnte auch die langfristig bessere wirtschaftliche Produktivität des Sohnes in Rechnung gestellt werden. Obwohl also alle diese Verbesserungen schwer in einer Statistik im Vergleich zu Arztbesuchen und Krankheitstagen fassbar sind, sind sie wesentlicher Teil der ökonomischen Auswirkungen der Psychotherapie.

Lachenmaier (ebda) schätzt direkte Versicherungs-Einsparungen seiner zehnjährigen Praxistätigkeit als Psychiater mit 9 Millionen Franken. Dies beinhaltet mindestens drei Patienten, die durch die Psychotherapie keine IV-Rente mehr benötigten und mindestens 15 Patienten, die bei Ausbleiben der Psychotherapie invalid geworden wären. Nicht berechnet seien dabei die indirekten Einsparungen und Gewinne, wie die erhaltene Produktivität des Patienten und seiner Familienmitglieder.

Nach Berechnungen und Schätzungen von Frei und Greiner (2001) wären in der Schweiz Nettoeinsparungen von 1,1 Milliarden Franken pro Jahr möglich, würde Psychotherapie adäquat, das heisst nach den von den Autoren ausgewählten Forschungserkenntnissen, eingesetzt. Für eine optimale Versorgung wären 8'764 Psychotherapeuten notwendig, die zusätzlich 960 Millionen Franken Kosten verursachen, jedoch 2,1 Milliarden einsparen würden. Pro Fall würden dabei nur 15,3 Therapiestunden (Durchschnitt zwischen einer (für Operationsvorbereitung) und 40 (bei schweren psychischen Störungen) Sitzungen) erbracht werden.

Allerdings kritisieren Spycher et al. (2005), die Studie sei zu stark hypothetisch, denn das Studiendesign abstrahierte von den tatsächlichen Versorgungsstrukturen in der Schweiz (IV-Einsparungen (vgl. Lachenmaier 2002) wurden nicht berücksichtigt), orientierte sich an ausländischen Studien und sei so gewählt, dass es „kein anderes Resultat ergeben konnte: Es wurden Einzelstudien über kosten-effektive Therapien zu Grunde gelegt und verallgemeinert.

Der Schritt der Verallgemeinerung (Hochrechnung auf die Volkswirtschaft) muss daher zwingend auch auf der aggregierten Ebene dazu führen, dass die Kosten-Effektivität erhalten bleibt. So erstaunt es nicht, dass die Einsparungen die Kosten der Therapien überwiegen“ (S. 20). Damit sei die Studie eine weniger auf die Schweiz bezogene, realitätsnahe Analyse als vielmehr eine Illustration des möglichen Wirkungspotenzials von Psychotherapien in einer idealen Welt.

Lediglich für die Psychotherapeuten ist die Psychotherapie nicht wirtschaftlich. Die medizinischen Psychotherapeuten verdienen unter den Mediziner*innen am wenigsten (Lachenmaier 2002). Nur die psychologischen Psychotherapeuten verdienen mit durchschnittlich 67 Euro Stundenlohn in Europa und 140 Franken in der Schweiz (Siefen et al. 2000) noch weniger. Dies entspricht dem Strategiewurf des BAG (Bundesamt für Gesundheit) zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz (BAG 2004, S. 45).

Nach diesem Bericht liegen die Kosten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapien (also der ärztlichen und nicht der psychologischen Psychotherapeuten d.V.) bei 5% der gesamten Gesundheitskosten, und die jährliche Kostenzunahme im ambulanten Bereich (3,55%) liegt unter der jährlichen Kostenzunahme der somatischen Behandlungen. Ein recht geringer Kostenfaktor also für die weltweit häufigsten Erkrankungen, die psychischen Störungen, von denen in der Schweiz nur gerade 10% (Rüesch und Manzoni 2005) angemessen, und ganze zwei Drittel überhaupt nicht behandelt werden.

2.3 Psychotherapie-Inanspruchnahme und Versorgungslücke

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der tatsächlichen Inanspruchnahme der Psychotherapie, die diskrepant zur Relevanz der Psychotherapie zur Behandlung von psychischen Störungen steht. Zunächst werden einige Studien zur geschätzten Inanspruchnahme von Psychotherapie dargestellt (Kap. 2.3.1). Zusammen mit dem geschätzten Behandlungsbedarf zeigt sich eine Versorgungslücke (Kap. 2.3.2). Um diese Versorgungslücke besser zu verstehen, werden diverse Einflussfaktoren auf die Psychotherapie-Inanspruchnahme wie die Art der Diagnose oder die Art des sozialen Netzes der Patienten und die Besonderheit des verspäteten Beginns und des verfrühten Abbruchs besprochen (Kap. 2.3.3). Zudem werden anhand der demografischen Faktoren der Psychotherapiepatienten weitere Merkmale der Inanspruchnehmenden beleuchtet (Kap. 2.3.4). Der Exkurs (Kap. 2.3.5) handelt von der Inanspruchnahme von Psychotherapie bei Krebspatienten. Diese wurden in Bezug auf ihr Inanspruchnahmeverhalten von Psychotherapie gut untersucht, weil sie sich wegen ihrer somatischen Erkrankung in Behandlung befinden. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen können Hinweise auf das Inanspruchnahmeverhalten von Psychotherapie ganz allgemein geben.

2.3.1 Geschätzte Inanspruchnahme

Die hohe Prävalenz psychischer Störungen, die damit einhergehende gesellschaftliche Belastung und die grosse Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlungen würden es nahelegen, dass sich die meisten Menschen mit psychischen Störungen psychotherapeutisch behandeln lassen.

Die tatsächliche Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie in der Allgemeinbevölkerung ist jedoch sehr gering. Sie liegt nach verschiedenen Berechnungen zwischen 0,2 und 6,1% innerhalb eines Jahres (Hollingshead und Redlich 1958: 0,8%, Dilling und Weyerer 1984: 2%, Stefl und Prosperi 1985: 2,13%, Abt 1990: 8,5% (innerhalb von 5 Jahren), Meyer et al. 1991: 0,2%, Vessey und Howard 1993: 6-7%, Regier et al. 1993: 5,9%, Kessler et al. 1994: 5-6%, Driessen et al. 1996: 0,3%, Franz 1997a: 3%, Lefebvre et al. 1998: 3,4%, Hessel et al. 2000: 1%, Jandl-Jager 2000: 0,71%, Bebbington 2000: 6,1%).

Für die Allgemeinbevölkerung in der Schweiz haben Rüesch und Manzoni (2003) eine Inanspruchnahmerate von 3 - 5% innerhalb eines Jahres angenommen. Beeler et al. (2003) haben für die Schweiz im Juni 2000 146'000 Personen geschätzt, die psychotherapeutische Hilfe⁶⁰ in Anspruch nahmen, was 2% der schweizerischen Allgemeinbevölkerung entspricht.

Auch die Inanspruchnahme von weiter gefassten Behandlungen, etwa in Institutionen oder beim Hausarzt, ist gering. Schon Link und Dohrenwend (1980) fanden, dass 75% der Personen, die entweder an einer klinischen psychologischen Störung leiden oder zumindest relevante Beeinträchtigungen durch psychologischen Stress erleben, nie in einer Behandlung gewesen sind. Bei den schwereren psychiatrischen Störungsbildern begeben sich nach Link et al. (1980) etwa 45% der Personen in eine professionelle Behandlung.

Auch aktuellere Studien zeigen, dass die Inanspruchnahmerate zwischen einem und zwei Dritteln (Robins und Regier 1991, Regier et al. 1993, Bijl et al. 2003), 11% bis 20% (Kessler et al. 1994) und 40% (Wang 2002) innerhalb eines Jahres liegt.

Rabowitz et al. (1999) haben in Israel 1'394 zufällig ausgesuchte Menschen in Telefoninterviews zu ihrem wahrgenommenen Bedarf für eine Behandlung im psychischen Gesundheitssektor und deren Inanspruchnahme befragt. Nur 31,4% der Männer und 41,6% der Frauen, die einen Bedarf aufwiesen, suchten auch tatsächlich Hilfe auf. Dabei wurde die Hilfe zuerst bei Professionellen aus dem psychischen Gesundheitssektor (46%) gewählt, anschließend beim Hausarzt (25%), bei der Familie oder Freunden (19%) und bei anderen (10%).

Allerdings haben Wang et al. (2002) aus Daten der NCS in den USA festgestellt, dass von den 40% der behandelten Personen mit schweren psychischen Störungen 38,9% Behandlungen erhielten, welche nur als minimal angemessen angesehen werden können.

Nur eine Minderheit der Patienten erhält also eine adäquate Behandlung (auch Alegria et al. 2000 a, Hunt 2000). In der Replikationsstudie von 2005 fanden Wang et al. (2005b) 41,1% von 12-Monats-Fällen, die eine Behandlung erhielten im vergangenen Jahr, dabei erhielten diejenigen, die eine Behandlung aus dem spezialisierten Sektor aufsuchten (12,3% bei einem Psychiater und 16,0% bei einer nicht-ärztlichen Fachperson) eine minimal angemessene Behandlung. Ohne fachgerechte Behandlung blieben die traditionell unterversorgten Gruppen; die Älteren, ethnische Minoritäten, diejenigen mit einem geringen Einkommen, diejenigen ohne Versicherung (in den USA) und diejenigen, die in ländlichen Gebieten wohnen.

In den USA werden nach Lasser et al. (2002) Minoritäten (Schwarze und Spanischsprechende) nur etwa halb so viel wie Weisse psychotherapeutisch und medikamentös behandelt. Am wenigsten fachgerecht behandelt werden nach Wang et al. (2003) junge, afrikanische und

⁶⁰ 40% erhielten Hilfe beim Psychiater, 24% konsultierten einen Allgemeinpraktiker, 25% einen nicht-ärztlichen Psychotherapeuten mit einem Universitätsabschluss in Psychologie und 11% konsultierten nicht-ärztliche Psychotherapeuten mit verschiedenen professionellen Ausbildungen (Beeler et al. 2003, S. 91).

psychotische Menschen, die im Süden der Staaten leben und von einem Allgemeinarzt behandelt werden.

Wu et al. (2003) zeigen mit den Daten der National Household Survey on Drug Abuse, dass von einer Stichprobe von 16'661 Erwachsenen nur 2% angaben, für Alkoholprobleme eine Beratung aufgesucht zu haben. Unter den 17%, die Alkohol- oder Drogenabusus angaben, nahmen nur 6% spezifische Behandlungen in Anspruch.

Nach Bijl et al. (2003), die Daten aus den fünf Ländern Kanada, Chile, Deutschland, Niederlande und USA analysierten, werden bei Substanzen-Störungen (zwischen 17% in Chile und 29,1% in USA innerhalb eines Jahres) mehrheitlich die milden Störungen behandelt, wobei vor allem junge und schlecht ausgebildete Männer unterversorgt bleiben.

Obwohl sich nach Veroff et al. (1981) und Leaf et al. (1987) die Forschung in den letzten Jahrzehnten bemüht habe, die äusseren Barrieren (Zugänglichkeit, Finanzierbarkeit, genügend grosse Psychotherapeutenzahl) zur Psychotherapieaufnahme zu erleichtern, und tatsächlich die Zahl der Psychotherapie- und anderen Behandlungsformen für psychische Störungen zu nehmen würden, sei eine grosse Diskrepanz zwischen Bedarf und tatsächlicher Inanspruchnahme zu beklagen.

Nach aktuelleren Studien nimmt die Inanspruchnahme jedoch zu (Kessler et al. 1999). Auch nach Kessler et al. (2003b) ist die Behandlungsrate in den letzten Jahren stetig gestiegen und zeige damit, dass sich die langjährigen Stigmatisierungen gegenüber Menschen mit psychischen Störungen reduzieren würden. Die Autoren haben in der NCS-R 9'090 Personen über 18 Jahre untersucht und fanden, dass sich 52% der depressiven Patienten von einer Fachperson behandeln liessen; wieder waren allerdings nur knapp die Hälfte dieser Behandlungen fachlich angemessen.

Auch Bebbington (2000) führt aus, die schweren seelischen Störungen würden häufiger als früher behandelt. „However, some severe disorders are nevertheless untreated, and it may be very cost-effective to treat milder conditions, partly because it may preempt deterioration, and partly because even these disorders impose a burden of disability and cost“ (S. 94).

Nach Andrews (2000) hingegen nahm seit den 60-er Jahren (z. B. Srole et al. 1962) die psychotherapeutische wie auch die medikamentöse Behandlungskapazität zu, nicht aber die Anzahl der Fälle, die sich behandeln liessen.

Die aktuellste Studie der WHO (WHO Survey Consortium 2004) unterscheidet zwischen Ländern in der zweiten und Ländern in der ersten Welt. Obwohl generell die Schwere der Störungen mit der Wahrscheinlichkeit einer Behandlung korrelierte, erhielten 35,5% bis 50,3% der Menschen mit schweren Störungen in den entwickelten Ländern keine Behandlung. In den Ländern der zweiten Welt waren dies sogar 76,3% bis 85,4%.

Wegen der hohen Zahl der milden Störungen überschritt die Zahl der milden und behandelten Fälle diejenige der schweren und unbehandelten Fälle. Die Autoren betonen jedoch den Wert dieser Behandlungen der milden Störungen. Denn ohne Behandlung können milde zu schweren Störungen werden. Ein kleiner Prozentsatz (2,4 bis 8,1% in entwickelten Ländern, 0,3% bis 3,0% in weniger entwickelten Ländern) von Personen, die keine diagnostizierte Störung aufwiesen, wurden ebenfalls behandelt.

Auch Bland et al. (1997) fanden, dass ein Drittel der Personen, die sich behandeln liessen, keine diagnostizierte psychische Störung zeigten. Auch Vessey und Howard (1993) stellten

fest, dass die Hälfte der Personen innerhalb der ECA-Studie, die eine Fachperson aus dem Gesundheitssystem aufsuchten, jedoch noch keine Psychotherapie durchführten, die Kriterien für eine Diagnose nicht erfüllten. Nach Regier et al. (2000) würden sogar nur 55% derjenigen, die behandelt würden, auch die Kriterien für eine Diagnose erfüllen.

Schon seit den 60-er Jahren wurde dieser Umstand, dass die meisten Menschen mit psychischen Störungen keine Hilfe suchen, jedoch viele Menschen ohne Diagnose medizinische und psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen, formuliert (Dohrenwend 1966, Zola 1966, Zola 1989, Mechanic 1976, Nadler 1991, Regier et al. 1993, Herschbach 1995, Franz 1997a, Bland et al. 1997, Meadows et al. 2000, Regier et al. 2000, Kessler 2000a, Druss et al. 2007). Dies wird von Herschbach (1995) lapidar zusammengefasst: „Viele Kranke sind nicht Patient und viele Patienten sind nicht krank“ (S. 83).

Für die Behandlung psychischer Störungen suchen die meisten Menschen keine fachgerechte Hilfe auf (Mechanic 1976, Nadler 1991, Regier et al. 1993, Vessey und Howard 1993, Franz 1997a, WHO ICPE 2000, Alegria et al. 2000 a, Wang et al. 2005b). Zwar nehmen manche Menschen mit psychischen Störungen einen Pfarrer⁶¹ in Anspruch, aber gerade diese mit den schwersten psychischen Erkrankungen und den schwächsten Ressourcen; also die, die es am nötigsten hätten, gehören zu den schlechtesten Psychotherapienutzern (Link et al. 1980, Vessey und Howard 1993, WHO ICPE 2000).

2.3.2 Geschätzter Behandlungsbedarf und Versorgungslücke

Die Diskrepanz zwischen Psychotherapiebedarf und Psychotherapieinanspruchnahme wird als „service gap“ (Stefl und Prosperi 1985, S. 167), Versorgungslücke oder Fehlversorgung formuliert (Lueger et al. 1999, Grawe et al. 1994, Baltensperger 1996, Franz 1997a, Jandl-Jager 2000, Kächele 2000, Andrews 2000).

Schätzungen zum Behandlungsbedarf ambulanter Psychotherapie schwanken zwischen 5% bis 48% in der Allgemeinbevölkerung (Dilling und Weyerer 1984: 24%, Stefl und Prosperi 1985: 15%, Schepank 1990: 25%, Meyer et al. 1991: 5%, Madianos et al. 1992: 15,2%, Kessler et al. 1994: 48%, Tress 2002: 5 – 10%, Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie AÄGP et al. 2002: 5 – 10%).

Soeder et al. (2001) haben den Behandlungsbedarf bei psychischen Störungen einer repräsentativen Stichprobe Dresdner Frauen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren bestimmt. Sie haben eine Jahresprävalenz psychischer Störungen von 25.4% bestimmt und fanden einen Behandlungsbedarf von 5,1%. Neben der Diagnose wurde vor allem das soziale Funktionsniveau und der Beratungswunsch berücksichtigt.

⁶¹ Nach Leaf et al. (1987) nahmen vor allem nicht-weiße, arme und ältere Amerikaner mit psychischen Störungen den Pfarrer in Anspruch. Wang et al. (2003) bestätigen für die USA, dass ein Viertel derjenigen, die eine Behandlung für ihre psychischen Störungen aufsuchten, zu einem Pfarrer gingen. Obwohl diese Zahl seit 1950 (31,1%) bis zu 1990 (23,5%) gesunken ist, wurden die Geistlichen immer noch mehr frequentiert als die Psychiater (16,7%) oder die Allgemeinärzte (17,6%). Fast ein Viertel derjenigen, die innerhalb eines Jahres ausschliesslich den Pfarrer besuchten, litten unter schwersten psychischen Störungen.

Schepank (1990) schätzt, 40% der Menschen seien stabil Gesunde ohne jeglichen Therapiebedarf, 23% seien Menschen mit psychischen Störungen, die in der psychosomatischen Grundversorgung durch Beratung und Betreuung behandelt werden sollten, 10% bräuchten eine Kurzzeit-Psychotherapie und 15% eine intensive ambulante Psychotherapie, 4% bräuchten eine stationäre Psychotherapie und 8% seien nicht mehr therapierbar „Es ist die grosse Gruppe der oft fälschlich und zu spät (in guter oder in abschiebender Absicht) zum Psychotherapeuten Überwiesenen, bei denen jedoch weder aufdeckende noch verhaltenstherapeutische Massnahmen mehr etwas ausrichten können“ (S. 198).

Zepf et al. (2003) fanden in einer Befragung von 1'042 Psychotherapeuten, dass die Wartezeit im Durchschnitt 4, 6 Monate beträgt, bei jeder 2. Anfrage wurde kein Erstgespräch vereinbart und 35% der diagnostizierten Patienten wurden nicht in ambulante Behandlung genommen. Nur 56% der behandlungsbedürftigen und -willigen Patienten befanden sich in Behandlung. Vor allem die unterschiedliche Honorierung psychotherapeutischer Leistungen durch die Kostenträger übte einen deutlichen Einfluss auf den Zugang zur Psychotherapie aus.

Andrews et al. (2000) fragen, warum die Last der psychischen Störungen in den industrialisierten Ländern trotz effektiven Behandlungsmöglichkeiten anhält. Sie untersuchten aus den Daten der Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing die zwei häufigsten Störungen, Depressionen und Angststörungen, die die Hälfte aller psychischen Störungen in Australien ausmachen. 40% der untersuchten Personen mit Angststörungen oder Depressionen suchten keine Behandlung auf im letzten Jahr vor der Untersuchung, nur 45% wurde eine angemessene Behandlung angeboten.

Aus zwei Gründen halte die Last der psychischen Störungen an: zu viele Menschen würden keine Behandlung aufsuchen und wenn sie es täten, würden wirksame Behandlungen oft nicht effektiv genutzt.

Aber nicht nur diese Gründe, sondern eine ganze Reihe Besonderheiten verunmöglichen, die hohen Prävalenzraten aus epidemiologischen Untersuchungen ohne weiteres in Bedarfsraten für Psychotherapie umzusetzen.

Nach Regier et al. (1998) zeigen viele der in epidemiologischen Studien gefundenen Menschen mit psychischen Störungen relativ gute selbsteinschränkende Bedingungen, die keine Behandlung verlangen würden. Daher sei die Anzahl der Personen, die Behandlung brauchen würden, aber keine bekommen, viel kleiner als die epidemiologischen Daten suggerieren würden.

Kessler et al. (2003a) widersprechen dieser Kritik; 90% der Studienteilnehmer der NCS-R mit Depressionen würden mittlere bis schwere Störungen zeigen und unter schweren Beeinträchtigungen in ihrer Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit leiden.

Nach Henderson (2000) jedoch sind die gefundenen Prävalenzzahlen zu niedrig, da in den grossen epidemiologischen Studien eine Rücklaufquote von 80% oder weniger die Regel sei⁶². Über die restlichen 20% sei nichts bekannt, da sie nicht untersucht werden konnten. Es sei jedoch anzunehmen, dass diese eine grössere Morbidität aufwiesen als die, die sich bereit erklärten, in einer Untersuchung teilzunehmen.

⁶² Auch Kessler et al. (1995) korrigierten die NCS-Studie mit einer Prävalenzrate der Depressions- und Angststörungen um 10%, um diejenigen miteinzuschliessen, die sich der Studie verweigert hatten.

Die Diskrepanz zwischen den hohen Prävalenzzahlen und den tiefen Inanspruchnahmen wird von Henderson (ebda) als das EE-Problem (the exaggerates estimated problem) formuliert, und wie folgt erklärt:

- Die diagnostischen Instrumente seien zu niederschwellig, besonders wenn sie von nicht klinisch ausgebildeten Interviewern gebraucht würden.
- Manche Menschen würden zwar viele Symptome haben, könnten diese jedoch relativ gut handhaben, so, dass weder sie noch die ihnen Nahestehenden im Alltag beeinträchtigt würden (vgl. Regier et al. 1994).
- Symptome und Invalidität würden in einem nichtlinearen Zusammenhang stehen.

Mit Kessler (2000c) ist Henderson (2000) einig, dass für die Schätzung des Behandlungsbedarfs nicht nur die Beeinträchtigung des Individuums durch die psychische Störung gemessen werden soll, sondern dass die Angemessenheit einer Intervention oder Behandlung definiert werden könne, wenn das erwartete Resultat klar die Summe der direkten Kosten und Risiken übertreffe (Kessler 2000c). Somit existiere also nicht unbedingt eine Beziehung zwischen Bedarf und Angemessenheit einer Behandlung.

Diese Begründung wiederum sei gegen das Prinzip der Medizin, die mit dem hippokratischen Eid verpflichtet sei, zu helfen, auch wenn kein ökonomischer Gewinn sichtbar wäre. Henderson (2000) hofft auf eine „akzeptierbare Balance“ (S. 427) zwischen der humanen und ökonomischen Betrachtungsweise.

Bei Bedarfs-Schätzungen sind drei verschiedene Dimensionen zu beachten; wie Patienten selber ihre Bedürftigkeit einschätzen, wie sie Experten einschätzen und ob Angebote verfügbar sind. Thornicroft et al. (2000) definieren „Need is what people benefit from, demand is what people ask for, supply is what is provided“ (S. 198).

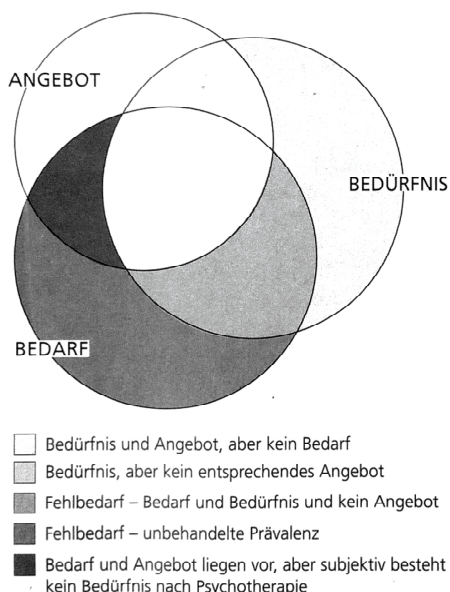
Nach Stumm (1988) und Jandl-Jager (2000) sind bei Bedarfs-Schätzungen Bedarf, Bedürfnis und Angebot zu unterscheiden. Der Bedarf ist nach Stumm (1988) die expertendefinierte „Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit nach bestimmten Beurteilungskriterien (z. B. Ausprägungsgrad einer Störung, Arbeitsfähigkeit)“ (S. 89).

Das Bedürfnis ist der subjektive Bedarf der Patienten, das Angebot bezeichnet die Anzahl freier Psychotherapieplätze. Aber sowohl die von einer Falldefinition ausgehende Prävalenz allein, wie auch der expertendefinierte Psychotherapiebedarf, bei dem Fachleute klären, wie weit eine Psychotherapie als sinnvoll und notwendig erachtet wird, sagen noch nichts über den Bedarf an Psychotherapie aus.

Entscheidend ist der selbstdefinierte Bedarf, der von einem subjektiven Bedürfnis nach Behandlung aufgrund eines Leidensdruck ausgeht. „Bedürfnis heisst also die subjektive Bereitschaft zur Inanspruchnahme eines Angebots“ (S. 90). Bedarf und Bedürfnis, also expertendefinierter Krankheitsbegriff und subjektives Empfinden müssen sich nicht decken⁶³. Jandl-Jager (2000) hat dies in folgendem Modell (S. 5) dargestellt:

⁶³ Kächele (2000) vergleicht Psychotherapiesuchende mit Pilgerern auf dem Weg nach Santiago de la Compostela, von denen die Zahl der Übernachtungen pro Jahr in Santiago kein zutreffendes Bild gäbe, da viele Pilgerer jedes Jahr nur ein Stücklein wandern und dann wieder nach Hause gehen würden. Manche würden beraubt oder erschlagen, andere wiederum in den Süden auswandern und das Leben geniessen. Oder die Pilgerer würden Umwege einschlagen, falsche Wege versuchen, und schliesslich und endlich zum Ziel kommen.

Abb. 6 Angebot, Bedarf und Bedürfnis nach Jandl-Jäger (2000, S.5):



Entsprechend dem Unterschied zwischen Bedürfnis und Bedarf kovariiert nach Strauss (2000) die Motivation zur Psychotherapie nur begrenzt mit der Indikation zur Psychotherapie. Verschiedene Möglichkeiten werden diskutiert: Idealerweise sind Bedarf, Bedürfnis und Angebot vorhanden und Psychotherapie wird in Anspruch genommen. Dies ist jedoch selten der Fall.

Oft ist kein Bedarf, jedoch Bedürfnis und Angebot vorhanden; viele Menschen ohne Diagnose lassen sich psychotherapeutisch behandeln (z. B. Herschbach 1995). Meistens liegen Bedarf und Angebot vor, jedoch ist das Bedürfnis nicht vorhanden; die meisten Menschen mit psychischen Störungen suchen keine Behandlung auf (Mechanic 1976, Nadler 1991, Regier et al. 1993, Vessey und Howard 1993, Franz 1997a, WHO ICPE 2000, Alegria et al. 2000 a).

Die Gründe zu dieser offensichtlichen Fehlversorgung im psychotherapeutischen Bereich liegen in der meist verzögerten fachspezifischen Diagnostik und Therapiezuweisung (Meier et al. 1991, Schepank 1990, Grawe et al. 1994, Jandl-Jäger 2000, Kächele 2000, WHO ICPE 2000), in der auch vom Sozialversicherungssystem unterstützten überwiegend somatischen Attribuierung psychogener Erkrankungen (Üstün und Sartorius 1995, Baltensperger 1996), in der krankheitsimmanent schwankenden oder fehlenden Therapiemotivation wie bei Substanzenabhängigkeiten, Perversionen und den schweren Neurosen (Wurmser 2000, Schepank, 1990, S. 196, Schwarz 2001) und schliesslich in einem Widerstand gegenüber Psychotherapie (Freud 1911)⁶⁴, der sich in der Stigmatisierung psychischer Störungen und deren Behandlungen niederschlägt (Kessler 2000a).

⁶⁴ Freud (1911) meinte bereits: „Die Gesellschaft wird sich nicht beeilen, uns Autorität einzuräumen. Sie muss sich im Widerstande gegen uns befinden, denn wir verhalten uns kritisch gegen sie; wir weisen ihr nach, dass sie an der Verursachung der Neurosen selbst einen grossen Anteil hat. Wie wir den einzelnen durch die Aufdeckung des in ihm Verdrängten zu unserem Feinde machen, so kann auch die Gesellschaft die rücksichtlose Blosslegung ihrer Schäden und Unzulänglichkeiten nicht mit sympathischem Entgegenkommen beantworten; weil wir Illusionen zerstören, wirft man uns vor, dass wir die Ideale in Gefahr bringen“ (S. 129). Seifert (2003) merkt dazu an, dass ein Teil der Kränkung „in der Äquivalenzsetzung von Normalem und Pathologischem“ (S. 298) liege.

Jandl-Jäger (2003) weist darauf hin, dass die Auswahlprozesse im System der psychotherapeutischen Versorgung dazu führen, jene auszuschliessen, die multiple Probleme haben, sozial und bildungsmässig benachteiligt sind und krankheitsbezogene Schwierigkeiten haben. Dies führt dazu, dass „vor allem jene Personen Psychotherapie in Anspruch nehmen, die es sich leisten können“ (S. 151).

Hutzli und Schneeberger (1995) fanden in ihrer Studie zur psychotherapeutischen Versorgung in der Schweiz grosse regionale Unterschiede im psychotherapeutischen Angebot. 64% der Therapeuten und 45% der Klienten waren in und um Basel, Zürich und Bern angesiedelt. Die Autoren folgern, obwohl die Distanzen zum nächsten urbanen Zentrum nicht allzu gross seien, könne man davon ausgehen, dass die Landbevölkerung in der psychotherapeutischen Versorgung „deutlich benachteiligt ist“ (S. 229).

2.3.3 Merkmale der Inanspruchnahme

2.3.3.1 Diagnosen

Nach Mechanic (1976) sind die Häufigkeit und die Persistenz der psychischen Symptome, sowie der Grad, mit dem die Symptome den Alltag stören oder die allgemeine Gesundheit angreifen, die mächtigsten Determinanten zum Hilfesuchverhalten.

Auch Leaf et al. (1985) fanden auf dem Hintergrund der ECA-Studie (Robins und Regier 1991), dass der subjektive Gesundheitsstatus und eine nach DSM und DIS diagnostizierte Störung am meisten mit der Wahrscheinlichkeit zu einer Kontaktaufnahme und auch der Häufigkeit der Kontakte zu einer Fachperson korrelierten. Demografische Faktoren und die Einstellung gegenüber psychiatrischen Einrichtungen zeigten vernachlässigbare Effekte.

Vessey und Howard (1993) hingegen stellten fest, dass gerade Menschen mit schwer beeinträchtigenden Störungen aus unteren sozialen Schichten, also diejenigen, die Psychotherapie am meisten bräuchten, am wenigsten Psychotherapie in Anspruch nehmen.

Wang et al. (2005a) spezifizieren, dass von den Personen mit einer Lebenszeit-Diagnose die meisten letztendlich einen Behandlungskontakt suchen, jedoch häufiger die Menschen mit depressiven Störungen (88 - 94%), als Menschen mit Angststörungen (27 - 95%), Impuls-Kontroll-Störungen (34 - 52%) oder Substanzen-Störungen (52 - 76%), entsprechend zeigten Menschen mit depressiven Störungen zwischen 6 und 8 Jahren, Menschen mit Angststörungen zwischen 9 und 23 Jahren Verspätungen bei der Inanspruchnahme. Das Scheitern eines Erstkontakts und die Verspätungen standen beide mit einem frühen Beginn der Störung und einer älteren Kohorte sowie einer Reihe soziodemografischer Faktoren in Zusammenhang: männlich, verheiratet, schlecht gebildet und ethnischer Minorität angehörend.

In der von der Schweizer Charta für Psychotherapie durchgeführten empirischen Erhebung fanden Schweizer et al. (2002) unter den sich behandeln lassenden Patienten folgende Diagnosen nach ICD-10: ein Drittel neurotische Belastungsstörungen und somatoforme Störungen (F4), die zusammen mit den affektiven Störungen (F3) rund die Hälfte aller Störungen aus-

machte, die andere Hälfte waren Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) und Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter (F9).

Man ist sich einig, dass sowohl depressive Störungen (Backenstrass et al. 1997, Arolt 1994), als auch Angst- (Vessey und Howard 1993, Kessler et al. 1994, Hunt 2000, Wittchen und Jacobi 2002), Alkohol- (Wilhelm und Lin 2000) und Substanzenabusus-Störungen (Anthony 2000) wenig und kaum angemessen behandelt werden.

Depressive Patienten gelten dabei als diejenigen mit einer guten Compliance, die vor allem dann Psychotherapie akzeptieren, wenn sie zusammen mit einer medikamentösen Behandlung angeboten wird (Haberfellner 1997⁶⁵). Sie gelten als wenig informiert (Backenstrass et al. 1997) und werden oft nicht angemessen behandelt (Arolt 1994⁶⁶). Depressive Patienten, die im stationären Rahmen behandelt werden, erhalten dort kaum Indikationen zu einer Psychotherapie und gelangen anschliessend nur selten in eine ambulante Therapie (Backenstrass et al. 1997⁶⁷). Beim Inanspruchnahmeverhalten von Psychotherapie würden neben Persönlichkeitsmerkmalen der Patienten auch „die Indikationsentscheidungen und die entsprechende Motivierung der Behandler“ (Backenstrass et al. 1997, S. 238) eine grosse Rolle spielen.

Menschen mit Angststörungen sind schlechte Psychotherapienutzer. Kessler et al. (1994) zeigten in den USA auf, dass nur ein Drittel der Menschen mit Angststörungen irgendeine professionelle Behandlung erfahren und nur wenige davon eine angemessene Behandlung bei einem Spezialisten erhalten (auch Wittchen und Jacobi 2002).

Besonders Menschen mit phobischen Störungen brechen eine spezialisierte Behandlung, sofern überhaupt begonnen (Vessey und Howard 1993), oft ab und lassen sich nur vom Hausarzt behandeln mit bedeutend schlechteren Ergebnissen als diejenigen, die sich in eine spezialisierte Psychotherapie begeben (Hunt 2000⁶⁸).

⁶⁵ Haberfellner (1997) fand bei 142 Patienten einer psychiatrischen Praxis, die einer anderen Praxis zugewiesen wurden, dass 79 (55,6%) eine Psychotherapie begannen. Mit 67% war die Complianzrate bei Patienten mit affektiven Störungen am höchsten. Am höchsten war die Chance, dass die Patienten die Therapieempfehlung akzeptieren würden, wenn das Angebot Psychotherapie kombiniert mit Pharmakotherapie beinhaltete.

⁶⁶ Nach Arolt (1994) besteht gerade für depressive Patienten eine erhebliche Wissenslücke in der psychotherapeutischen Versorgung. Er hat in Deutschland 9'956 Patienten mit depressiven Störungen befragt, die in 55 Nervenarztpraxen psychotherapeutisch behandelt wurden und fand, dass mehrheitlich die nicht gutachtenpflichtige kleine Psychotherapie angewandt wurde (welche nicht angemessen für die Behandlung einer Depression ist).

⁶⁷ Backenstrass et al. (1997) untersuchten eine durch einen stationären Aufenthalt selektionierte Stichprobe depressiver Patienten auf ihr Inanspruchnahmeverhalten von Psychotherapie nach der stationären Therapie. Mit einem naturalistischen Studiendesign prüften sie, wie viele, wie lange und welche Patienten nach einem stationären Aufenthalt ambulante Psychotherapie in Anspruch nahmen. Obwohl depressive Störungen häufig mit einer Tendenz zur Chronifizierung einhergehen und neben der medikamentösen Therapie die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung gut belegt sei, fanden sie, dass nur ein Teil der Patienten nach dem stationären Aufenthalt in eine ambulante Psychotherapie gelange.

Die Patienten, die eine ambulante Psychotherapie in Anspruch nahmen, erwiesen sich dabei als jünger, sie hatten eine grössere Anzahl depressiver Episoden und die auffälligeren Persönlichkeitsprofile. Backenstrass et al. (ebda) betonen, dass im Rahmen der stationären Psychotherapie keine Indikationen zur Psychotherapie gegeben wurden (vgl. Brusis, Vogel und Mai 1998) und bedauern, dass einige der depressiven Patienten erst nach einer höheren Vorerkrankungsrate eine Psychotherapie in Anspruch nahmen. Da Psychotherapie auch zur Rückfallprophylaxe angeboten werde, müssten gerade Patienten mit nur wenig Krankheitsepisoden angesprochen werden. Bisher existiere für den Bereich der Depression kaum Wissen, wieviele und welche der Patienten die unterschiedlichen Therapieangebote in Anspruch nehmen. Ebenso sei der Übergang von der stationären zur ambulanten Psychotherapie weitgehend unerforscht.

⁶⁸ Hunt (2000) fand einen grossen Teil der Menschen mit Panikstörungen und sozialen Phobien, die unbehandelt sind. Sie untersuchte 189 Patienten mit Panikstörungen und sozialen Phobien, denen eine Behandlung in einer spezialisierten Angstklinik angeboten wurde. 65% verweigerten die Behandlung oder brachen sie verfrüht ab.

Wittchen (2002) untersuchte in München an 3'021 14- bis 24-jährigen Personen den ungedeckten Bedarf von Angsterkrankungen sowohl vom expertendefinierten als auch vom patientendefinierten Bedarf her. Beide Methoden zeigen, dass etwa 40% der Patienten, die eine spezifische Intervention für Ängste suchten, keine fanden, sogar wenn der weiteste Rahmen einer Versorgungsdefinition verwendet wurde.

Nicht immer jedoch stimmten die Fachleute mit den Patienten überein. So wurde von Expertenseite Agoraphobikern eine Behandlung empfohlen, während die Patienten den Bedarf selber nicht wahrgenommen hatten. Das umgekehrte Bild zeigte sich bei der sozialen Phobie, wo die Patienten einen grossen Leidensdruck zeigten und eine Behandlung wollten, die Kliniker jedoch selten eine Behandlung empfohlen hatten. 15% hatten innerhalb eines Jahres eine nicht spezialisierte Behandlung oder eine Behandlung ohne expertendefinierten Bedarf, 8% eine spezialisierte Behandlung erfahren. Der Autor fordert weitere Forschung, um die Lücke zwischen Behandlungszugang und adäquaten Angeboten zu schliessen und die geringe Übereinstimmung zwischen expertendefiniertem und selbst wahrgenommenem Bedarf zu verstehen.

Nebst den Angststörungen sind für die Substanzen- (Anthony 2000⁶⁹) und Alkoholabhängigkeiten (Wilhelm und Lin 2000⁷⁰, Uchtenhagen 2003) die schlechte Psychotherapienutzung bekannt.

Die Diagnose allein jedoch lässt kaum eine Prognose für eine allfällige Psychotherapienutzung zu. Viele andere Faktoren, wie das Zusammenspiel der involvierten Behandler und deren Motivierungen (Backenstrass et al. 1997) und die bekannten soziodemografischen Merkmale (Wang et al. 2005), sind beim Inanspruchnahmeprozess zentral.

Sie untersuchte diese Verweigerer die folgenden zwei Jahre und konnte zeigen, dass sich ihr Zustand, obwohl sie ihre nicht spezialisierte Behandlung beim Hausarzt weiterführten, nicht besserte. Verglichen mit denjenigen, die die volle spezialisierte Angst-Behandlung durchlaufen hatten, schnitten die Verweigerer bezogen auf die Symptome und die Beeinträchtigung ihres Lebens durch die Angststörung bedeutend schlechter ab: „Routine care is simply not good enough; being seen does not equate with being treated“ (S. 282). Nicht alle Menschen mit Angststörungen würden jedoch eine aufwändige spezialisierte Behandlung brauchen, entscheidend für den Bedarf einer Behandlung sei die Schwere der Symptome.

⁶⁹ Anthony (2000) fordert für Drogenabhängige vor allem eine frühzeitige Prävention, welche schon in sehr jungen Jahren einsetzen soll, um wirksam zu sein. Er betont, dass die meisten Menschen mit Substanzenabusstörungen auch unter anderen psychischen Störungen, am meisten Angst- und Depressionsstörungen, leiden. Daher sollten diese Störungen besonders beachtet werden, damit die anfälligen Menschen erfasst und behandelt werden können, bevor sie in eine tiefgreifende Drogensucht verstrickt werden. Es gehe nicht darum, wer die Fälle seien, sondern wer Behandlung brauche. Daher sei eine bessere Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Fachleuten, welche die Menschen behandeln und sozialen Fachleuten, mit welchen die gefährdeten Menschen Kontakt haben, bevor sie Fälle werden, gefordert.

⁷⁰ Wilhelm und Lin (2000) konstatieren, dass Alkoholstörungen zu den hochprävalenten psychischen Störungen gehören, jedoch nur wenige Personen mit diesen Störungen eine Behandlung aufsuchen oder bekommen würden. Dies müsse jedoch nicht auf eine Unterversorgung hinweisen, denn viele dieser in epidemiologischen Untersuchungen identifizierten Störungen würden ohne äussere Hilfe nachlassen. Es bestünden nur kleine Erfolgsunterschiede bei Patienten, welche eine stationäre Behandlung absolvierten und Patienten, welche nur den Rat, sie sollen mit trinken aufhören, bekämen. Die Autoren legen grosses Gewicht auf eine frühzeitige Prävention und fordern für Fälle, die eine spezifische Behandlung brauchen, eine bessere und schnellere Triagierung.

2.3.3.2 Soziales Netz

Das soziale Netz besteht aus der Verwandtschaft, den eigenen Eltern Geschwistern, Grosseltern und Kindern, aus dem Liebespartner, aus Freunden, Kollegen und Bekannten.

Personen mit psychischen Störungen, die allein leben (Eichenberger 2001⁷¹), geschieden, getrennt oder verwitwet sind (Rudolf et al. 1988⁷²), nach einem Partnerschaftskonflikt getrennt leben (Franz 1997a) oder partnerschaftlich weniger gebunden sind (Kobelt et al. 2004⁷³) haben die höchste Psychotherapieakzeptanz.

Die niedrigste Psychotherapieakzeptanz hingegen zeigen Personen mit psychischen Störungen, die mindestens ein Kind haben (Franz 1997a⁷⁴, Eichenberger 2001) und verheiratet sind (Franz 1997a). Hourani und Khlat (1986⁷⁵) hingegen fanden, allerdings in einem anderen Kulturkreis, in West-Beirut, dass eine hohe Kinderzahl der dritt wichtigste Prädiktor zur Psychotherapieinanspruchnahme war.

Familienmitglieder scheinen seelische Probleme weniger zu einer psychischen Störung attribuieren als Freunde und Mitarbeiter, die den Betroffenen eher zu einer professionellen Behandlung raten (Horwitz 1978). Sieker und Lairaiter (2000) spezifizieren, dass „die erste Inanspruchnahme von professionellen Helfern vor allen Dingen von den Partnern und Freunden beeinflusst werden“ (S. 34). Diese unterstützten auch massgeblich eine stationäre Behandlung, Personen aus der Verwandtschaft hingegen zeigten eher eine ablehnende Einstellung. Leaf et al. (1986) zeigten in ihrer Untersuchung, dass ein Viertel der befragten Personen wegen der Sorge, die eigene Familie könnte gekränkt oder beleidigt sein, keine Behandlung in Anspruch nahm.

Somit übt die Existenz zentraler Beziehungspersonen (Partnerschaftsbeziehung) einen „eher retardierenden“ (Franz (1994, S. 247) Einfluss auf die Psychotherapieakzeptanz aus. Abt (1990) konnte zeigen, dass Störungen in der Beziehung zu Freunden, Nachbarn und Arbeits-

⁷¹ Eichenberger (2001) fand, dass Personen mit affektiven Störungen, die allein lebten, bereits Behandlungserfahrungen hatten, sich unbegründete Selbstvorwürfe machten und hoffnungslos waren, am ehesten ein Psychotherapieangebot annahmen.

⁷² Rudolf et al. (1988) fanden innerhalb der Berliner Psychotherapiestudie in einer untersuchten Fachklinik, dass der Anteil der Geschiedenen, Getrenntlebenden oder Verwitweten in dieser Patientengruppe mit 59% hoch war, 41% dieser Patienten lebten allein.

⁷³ Kobelt et al. (2004) fanden in ihrer Untersuchung, dass 36,4% (68 von 187) an der Nachsorge nach einem stationären Aufenthalt teilnahmen. Die Teilnehmer waren depressiver und blieben eine Woche länger in stationärer Behandlung als die Nichtteilnehmer. Sie waren partnerschaftlich weniger gebunden und erhielten öfter eine Empfehlung für die Nachbehandlung. Die Nichtteilnehmer waren wesentlich unzufriedener mit der stationären Rehabilitation und wiesen längere Arbeitsunfähigkeitszeiten im Vorjahr auf. Sie gaben an, in einem guten sozialen Umfeld zu leben und Einzelgespräche zu bevorzugen.

⁷⁴ Franz (1997a) fand: „Die höchste Psychotherapieakzeptanz bestand bei den Probanden, die nach einem Partnerschaftskonflikt getrennt lebten (46,7%). Die Ledigen nahmen zu 37,5%, die verheirateten Probanden nur in 29,9% das Therapieangebot an. Die niedrigste Psychotherapieakzeptanz bestand bei den Probanden, die Eltern mindestens eines Kindes waren (27,0%). Das Item „Kind ja oder nein“ trennte in der univariaten Datenauswertung als einzige soziodemografische Variable statistisch signifikant die Annahmer von den Ablehnern“ (S. 185).

⁷⁵ Hourani und Khlat (1986) fanden in einer Untersuchung an 53 (17 Männer und 36 Frauen im Alter von 10 bis 72 Jahren) zufällig ausgesuchten Bewohnern West-Beiruts, dass die besten Prädiktoren für ein hilfesuchendes Verhalten in absteigender Reihenfolge waren: je höher die Anzahl der Symptome, ein höherer Ausbildungsgrad, je höher die Anzahl von Kindern, eine tiefe Einschätzung des eigenen Gesundheitsstatus und der Glaube, etwas tun zu können um ihn zu verbessern, gleichzeitig eine weite Definition von Gesundheit, ein hohes Einkommen. Hourani und Khlat (ebda) erklären dies so: „One possible explanation for this finding is that parents with more children feel a greater responsibility for maintaining their health for their childrens's sake and are thus more likely to seek help. Also, parents may generally be more exposed to and therefore more knowledgeable about the health services through dealing with their childrens's illnesses“ (S. 1084).

kollegen und Belastungen in der unmittelbaren Umgebung zu einer höheren psychiatrischen Behandlungsrate führen. Störungen in der Familie hingegen hatten nur einen geringen Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten.

Betreffend dem sozialen Umfeld, also der Freunde und Bekannten, sind die Meinungen unterschiedlich. Saunders (1993, Kap. 2.4.1.2) fand, dass 82%-93% der Probanden seiner Untersuchung Familienmitglieder und Freunde angaben, die die Entscheidung zur Psychotherapie unterstützten. Auch nach Vessey und Howard (1993) sind gut in ein soziales Netzwerk eingebettete Personen häufigere Psychotherapienutzer als Einsame.

Nach Jandl-Jager (2000) werde der Gang zur Psychotherapie in einem hohen Ausmass durch Angehörige, Freunde oder Kollegen beeinflusst, und in einem deutlich geringeren Ausmass von Allgemeinärzten oder Fachärzten angeregt. Bei ersteren zeige sich auch eine wesentlich höhere Motivation als bei denen, die durch eine Institutionen überwiesen wurden.

Franz hingegen stellte (1997a) „eine mit wachsendem Grad der sozialen Eingebundenheit sinkende Psychotherapieakzeptanz“ (S. 185) fest. Diejenigen, die eine Psychotherapie trotz Bestehen einer diagnostizierten psychischer Störung ablehnten, waren hinsichtlich der Qualität ihrer sozialen Kontakte zufriedener und besser integriert als diejenigen, die eine Psychotherapie beanspruchten.

Ein hohes Ausmass an sozialer Unterstützung dient als Stresspuffer (Cohen und Wills 1985) und hat zur Folge, dass weniger professionelle Einrichtungen in Anspruch genommen werden. So fanden Ginsberg und Brown (1982), dass Freunde depressiver Frauen von noch nicht schulpflichtigen Kindern, die keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen hatten, von einer professionellen Behandlung abrieten, weil sie die Depression als Folge von Stress attribuierten. Nach Horwitz (1978) nahmen Frauen eher informelle Hilfe von Freunden in Anspruch als Männer. Diese redeten mit niemandem oder nur wenigen Personen über ihre Probleme.

Herrle und Angermeyer (1997) diskutieren die Rolle des individuellen Unterstützungsnetzwerks bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote. Sie betrachten zwei Erklärungsmodelle: Nach dem Defizitmodell ist die Nutzung therapeutischer Angebote Ausdruck fehlender Unterstützungsressourcen, entsprechend dem Kompetenzmodell spiegelt ein unterstützendes Netzwerk soziale und Beziehungskompetenzen wieder, die auch die Therapieaufnahme erleichtern. Sie haben diese Hypothese an 207 depressiven Patienten untersucht und kommen zum Schluss, dass sich bei Berücksichtigung des Diagnosestatus die Unterstützung durch Verwandte bei remittierten Patienten günstig und bei noch depressiven Patienten ungünstig auf die Therapieaufnahme zeigen.

Becker et al. (1997) haben für Psychosenkranke untersucht, ob die Benutzung und Hospitalisationsrate der schwer psychisch Kranken im Süden von London mit der Grösse des sozialen Netzwerks zusammenhängt. Sie ermittelten, dass die Wahrscheinlichkeit für einen stationären Klinikaufenthalt deutlich abnimmt, wenn das soziale Netz der Patienten grösser wird. Auch beanspruchen Patienten mit einem weiten sozialen Netzwerk ambulante hausärztliche und psychiatrische Angebote ausgesprochen häufiger als Patienten mit einem kleinen sozialen Netzwerk, diese wiesen dafür deutlich mehr stationäre Aufenthalte in Kliniken auf. Allerdings weisen Becker et al. (ebda) darauf hin, dass die Persönlichkeitsmerkmale der Patienten nicht untersucht wurden und daher die komplexen Interaktionen zwischen Patienten, Pflegenden, krankheitsbedingten Faktoren und Diensten ausgeklammert wurden.

Krause Jacob (1992) legte eine qualitative Studie zu Veränderungsprozessen während der Psychotherapie vor. Sie unterscheidet verschiedene Formen der Bewältigung psychischer Probleme. In einer ersten Form, die sie „private Bewältigungsversuche“ (S. 96) nennt, versucht die Person, ihre Problemsituation allein zu meistern. In einer zweiten Form sucht die Person „Hilfe im sozialen Netz“ (S. 96) oder „Hilfesuche bei Professionellen“ (S. 96). Diese Unterscheidung bringe eine relevante Konsequenz mit sich: das Problem der sozialen Kontrolle, die mit der Nutzung der Hilfe im sozialen Netz, also der Hilfe von Gesprächen mit Freunden, Bekannten oder Familienangehörigen, einhergeht.

Soziale Netzwerke können also beides bewirken; sie können den Inanspruchnahmeprozess der Patienten unterstützen oder sie können ihn behindern. Pescosolido (1991) schlägt daher vor, die Struktur des sozialen Netzwerkes zu berücksichtigen, je nach Grösse des Netzes und je nach Art der Einstellungen und Gefühle der jeweiligen Menschen, welche dazu gehören.

Ravenson et al. (1991) bezeichnen den Einfluss des sozialen Netzes zur Inanspruchnahme etwelcher Hilfe als doppelschneidiges Schwert, was den Zugang zu Hilfe erleichtern könne, könne diesen eben auch erschweren.

2.3.3.3 Verspäteter Beginn - verfrühter Abbruch

Wie bereits im Kapitel 2.1.2.3 zur Chronizität und Chronifizierung gezeigt wurde, sind Verspätungen bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfe weit verbreitet.

Retrospektive epidemiologische Studien zur Zeitspanne zwischen Ersterkrankung und Beginn einer medikamentösen oder psychotherapeutischen Behandlung zeigen, dass es oft Jahre geht, bis Menschen mit psychischen Störungen professionelle Hilfe aufsuchen (Streeck et al. 1986, Meyer et al. 1991, Buller et al. 1992, Kessler et al. 1998, Alegria et al. 2000a, WHO ICPE 2000, Wang et al. 2005a).

Die Psychotherapieaufnahme findet meist verspätet statt; wegen der niedrigen Diagnoserate im primären Versorgungssystem (Üstün et al. 1995), weil psychische Störungen oft früh beginnen (WHO ICPE 2000, Wang et al. 2005a), vor allem junge Erwachsenen schlechte Therapienutzer sind (Edlund et al. 2002, Wang et al. 2005a) und bei Personen mit einer Anzahl bestimmter soziodemografischen Merkmalen (männlich, verheiratet, schlechte Bildung und ethnischer Minorität angehörend) (Wang et al. 2005a).

Menschen mit den schwersten Störungen mit einem frühen Erkrankungsbeginn wie Angstkrankheiten (mit Ausnahme der Panikstörung, bei welcher schon im ersten Jahr des Beginns Hilfe aufgesucht wird), Depressionen und Suchtstörungen brauchen am längsten, um eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen (Meyer et al. 1991, Olfson et al. 1998, Kessler et al. 1998, Wang et al. 2005a). Wieder zeigt sich; diejenigen, die es am nötigsten haben, bekommen am wenigsten.

Olfson et al. (1998) verglichen bei der NCS (National Comorbidity Survey) und der OHS (Ontario Health Survey) die berichteten Altersangaben bei Beginn der Krankheit und bei der ersten professionellen Kontaktaufnahme. Es zeigte sich, dass vom Ausbruch der Erkrankung bis zu einem erstmaligen Kontakt Jahre dauernde Verspätungen die Regel sind. Ausnahme bilden die Patienten mit Panikattacken, welche in Kanada und USA innerhalb des ersten Jah-

res adäquate Hilfe suchten (NCS: 52,6%; OHS: 65%,6%) während Patienten mit Phobien (NCS: 12,0%; OHS: 6,5%) und Suchtstörungen (NCS: 6,4%; OHS 4,2%) die tiefsten Wahrscheinlichkeitsraten aufwiesen, eine Therapie aufzusuchen, was anhand der Symptome leicht nachvollziehbar ist; während Phobien und Substanzenstörungen eher umgangen und verheimlicht werden, sind Panikattacken dringlich, weil sie den Alltag entscheidend beeinflussen.

Verspätungen von über 10 Jahren waren üblich unter denen, die nicht im Jahr des Beginns ihrer Krankheit Hilfe aufsuchten. Am längsten brauchten diejenigen, bei denen die Krankheit im Kindes- oder jungen Erwachsenenalter auftrat, was am häufigsten die Depressionen, deren Krankheitsverläufe auch am schwersten sind, betrifft (Kessler 2002). Gerade Fälle mit einem frühen Erkrankungsbeginn und einer besonders beharrlichen und schweren Symptomatik zeigen die längsten Verspätungen zum Behandlungsbeginn (ebda).

Parallel dazu haben Kessler et al. (1998) aus Daten der NCS die Ersterkrankungsrate und den Zeitpunkt der aufgenommenen Behandlung untersucht. Nur ein Drittel der Personen, die überhaupt Hilfe suchten, taten dies im ersten Jahr der Erkrankung. Vor allem diejenigen, die einen sehr frühen Erkrankungsbeginn zeigten, berichteten die längsten Verspätungen, welche weit über 10 Jahre dauerten. Dies sei nach Kessler et al. (1998) besonders evident, weil die Erkrankungen mit sehr frühem Beginn schwerer seien und Entwicklungsschritte wie berufliche Festigung und private Bindungen relevant von einer psychischen Erkrankung beeinträchtigt würden.

Selbst wenn eine psychische Störung diagnostiziert und eine adäquate Psychotherapie angeboten wird, muss noch lange keine Behandlung zu Stande kommen. Zwischen 20% und 30% der Patienten nehmen das Angebot einer Psychotherapie nicht an und zwei Drittel der Patienten brechen ihre Therapie vor der zehnten Sitzung ab (Garfield 1994, Franz 1997a, Franz et al. 2000).

Edlund et al. (2002) eruierten die Abbrecherquote aus Psychotherapien aus Datenmaterial der beiden Studien NCS in USA und OHS in Ontario, die bereits erwähnt wurden (Olsson et al. 1998, Kessler et al. 1998). Sie definierten als Abbrecher (dropouts) diejenigen, die innerhalb des ersten Jahres die Behandlung (entweder medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung) abgebrochen hatten. Sie fanden keinen signifikanten Unterschied in den beiden Abbrecherquoten der beiden Länder (NCS: 19,2%; OHS: 16,9%). Soziodemografische Charakteristika würden zeigen, dass der typische Abbrecher wenig Einkommen habe, jung sei und in den USA keine Versicherung im seelischen Gesundheitsbereich habe. Die innere Einstellung des Abbrechers sei mit Scham und der Überzeugung, die Behandlung sei nicht wirksam, verbunden.

Die kleinste Wahrscheinlichkeit, die Behandlung abubrechen, fand sich bei denen, die eine medikamentöse Behandlung mit Psychotherapie kombinierten. Edlund et al. (2002) folgern, dass Abbrüche im Bereich der seelischen Gesundheitsversorgung eine grosse Rolle spielt, speziell bei jungen Patienten mit wenig Einkommen und einer schlechten Einstellung zur Behandlung, denen nur eine Behandlungsart, entweder medikamentös oder psychotherapeutisch, angeboten wurde.

2.3.4 Demografische Faktoren der Inanspruchnehmenden

2.3.4.1 Alter

Die meisten Psychotherapiepatienten (80%) sind im Alter zwischen 21 und 50 Jahren (Vessey und Howard 1993). Junge und alte Menschen mit psychischen Störungen zeigen eine geringer ausgeprägte Bereitschaft zur Inanspruchnahme formeller Hilfe als die Patienten im mittleren Alter (Veroff et al. 1981, Shapiro et al. 1984, Leaf et al. 1985, Leaf et al. 1987, Mechanic 1991, Vessey und Howard 1993, Arolt 1994, Schweizer et al. 2002).

Leaf et al. (1985) fanden, dass vor allem Personen über 65 Jahre weniger Kontakte zu Fachpersonen im seelischen Gesundheitsbereich berichteten. Ausserdem waren ältere Menschen besorgter über allfällige negative familiäre Reaktionen und die über 65-Jährigen hatten deutlich mehr Vertrauen in den Hausarzt als in eine psychotherapeutische Fachperson (Leaf et al. 1987). Auch Radebold (1990) betont die geringen Behandlungsraten bei älteren Patienten bei gleichzeitig besonderer Bedürftigkeit für psychotherapeutische Anstrengungen.

Ältere Menschen benutzen generell häufiger medizinische Einrichtungen und interpretieren psychische Probleme eher als körperliche Krankheiten (z.B. Schepank 1990). Sie legen nach Nadler (1991) mehr Wert auf Autonomie und Unabhängigkeit, was das Inanspruchnehmen von Hilfe bei psychischen Störungen erschwert.

Da auch in der Adoleszenz Autonomie und Unabhängigkeit wichtige Werte sind, die zur gesunden psychischen Entwicklung gehören, könnte dies auch das geringere Inanspruchnahmeverhalten der Jugendlichen erklären. Zudem brechen die Jungen mit wenig Einkommen eine angefangene Therapie am schnellsten ab (Edlund et al. 2002).

Auch Franz (1997a) fand, dass eher die jüngeren Frauen ein Psychotherapieangebot annahmen, während die jüngeren Männer dies eher ablehnten. Umgekehrt war das Akzeptanzverhalten jedoch bei den Älteren; die älteren Frauen lehnten ein Psychotherapieangebot eher ab, während die älteren Männer dieses eher annahmen.

Für die Schweiz haben Schweizer et al. (2002) in der von der Schweizer Charta für Psychotherapie durchgeführten Erhebung, die 16'287 Patienten erfasste, gefunden, dass vier Fünftel der Patienten im Erwerbsalter waren. Vor allem die Altersgruppen der 30- bis 49-jährigen waren stark übervertreten. „Diese machen gegenwärtig rund 30 Prozent der Bevölkerung, aber über die Hälfte der durch die Erhebung erfassten PatientInnen aus“ (S. 134). Weniger stark vertreten waren die unter 20-jährigen Kinder und jungen Erwachsenen und die über 60-jährige Bevölkerung. Schweizer et al. (2002) interpretieren dies auf zwei Arten: „Entweder brauchen Menschen in diesen Alterstufen weniger psychotherapeutische Behandlung oder aber – was wahrscheinlicher ist – es zeigt sich hier ein Versorgungsmangel. Dieser kann auf zu wenig Angebote und Probleme bei der Finanzierung der Therapien bei diesen Altersgruppen zurückgeführt werden“ (S. 134).

Maercker et al. (2004) jedoch fanden bei den über 65-Jährigen in der Zürcher Altersstudie 5%, die seit dem 65. Lebensjahr eine Psychotherapie in Anspruch genommen hatten, (entweder allein oder in Verbindung mit Pharmakotherapie), 10% gaben an, eine therapeutische Massnahme für psychische Probleme in Anspruch zu nehmen, wobei Frauen dies doppelt so häufig wie Männer getan hatten. Prädiktoren für eine hohe Psychotherapieinanspruchnahme waren Leidensdruck sowie ein „geringes Ausmass der Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit“

(ebda S. 177). Dies deckt sich paradoxerweise mit der Argumentation von Nadler (1991), nach der vor allem die Älteren autonom und unabhängig sein möchten und sich dabei eher eingestehen können, Hilfe zu brauchen.

2.3.4.2 Sozialstatus

Bereits 1958 haben Hollingshead und Redlich in der „New Haven-Studie“ die Zusammenhänge von sozioökonomischen Status und psychotherapeutischer Versorgung aufgezeigt. Höherer sozialer Status ging einher mit einer größeren Wahrscheinlichkeit, das Angebot einer ambulanten Psychotherapie erhalten und auch akzeptieren zu können, niedriger sozialer Status hingegen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit, die Diagnose einer schweren psychischen Störung und stationäre Behandlungsangebote zu bekommen. Dies unterstützte die damals aktuelle Hypothese, schwere psychische Erkrankungen würden durch Stress und arme Lebensbedingungen entstehen (Andrews 2000).

Auch in der Folgestudie an die New Haven-Studie kamen Mollica und Redlich (1980) zum Schluss, dass selbst nach einer deutlichen Ausweitung psychiatrischer und psychotherapeutischer Therapieangebote nach wie vor Angehörige der unteren sozialen Schichten wesentlich seltener eine Psychotherapie in Anspruch nahmen als Angehörige höherer Schichten.

Erst 28 Jahre später zeigte eine Studie von Mollica und Milic (1986), trotz einer leichteren Zugänglichkeit zu psychiatrischen Institutionen, eine langsame und teilweise Verbesserung. In Bezug auf die Primärstudie legten die Autoren drei Trends fest: 1. Unterschichtpatienten hatten in einem grösseren Ausmass Zugang zu psychotherapeutischen Ressourcen. 2. Immer noch wurden 60% der hilfeschuchenden Patienten ohne Behandlungszuweisung entlassen. 3. Nach wie vor wurden Mittel- und Oberschichtpatienten besser mit psychotherapeutischen Leistungen versorgt.

Eine umfassende Metastudie in den USA unternahmen Vessey und Howard (1993). Sie kombinierten die Resultate von drei grossen epidemiologischen Studien (darunter die ECA-Studie (Regier et al. 1984), welche in Kapitel 2.1.1 Prävalenz, besprochen wurde). Insgesamt schlossen diese drei Studien 40'000 Probanden ein, von denen 1'429 Personen mindestens eine Konsultation im Bereich des seelischen Gesundheitswesens hatte.

Die demografischen Koordinaten dieser Personen, unabhängig davon, ob sie diagnostiziert wurden oder nicht, zeigten, dass zwei Drittel der ambulanten Patienten weiblich waren und etwa die Hälfte zumindest eine abgeschlossene Collegeausbildung vorwiesen.

Depressive Menschen, Frauen, Gebildete, Geschiedene, Getrennte oder nie Verheiratete und Menschen mit einem hohen Einkommen traten am ehesten in eine Psychotherapie ein; diejenigen mit einem niedrigen Einkommen, mit einer Phobie, die ganz Alten und die ganz Jungen am wenigsten. Die Resultate fassen die Autoren (Vessey und Howard 1993) wie bereits erwähnt prägnant zusammen: „Those who are most in need of mental health services are least likely to ever seek and receive such services“ (S. 546).

Auch andere Studien zeigten, dass Personen in den unteren sozialen Klassen zwar häufiger an psychischen Störungen leiden, sich jedoch seltener behandeln liessen (Link et al. 1980, Leaf

et al. 1987), während Personen mit einer höheren Ausbildung eher Psychotherapie in Anspruch nahmen (Veroff 1981⁷⁶ Mechanic 1991, Vessey und Howard 1993⁷⁷) und ihnen auch eher zur Einzeltherapie geraten wird (Weckenmann 2000⁷⁸).

Nach einer Studie von Alberts et al. (1998) nahmen Personen mit höherer Ausbildung bei milden Symptomen eher weniger professionelle Hilfe in Anspruch, bei schwereren Symptomen oder chronischen Erkrankungen jedoch verschwanden die Unterschiede; die besser Ausgebildeten nahmen professionelle Hilfe gleich häufig in Anspruch wie die weniger privilegierten Personen. Jedoch nahmen die besser Ausgebildeten eher Hilfe von spezialisierten Professionellen in Anspruch. Die Autoren nehmen an, dass diese die Allgemeinärzte besser überzeugen konnten, sie fachgerecht zu überweisen und betonen damit einmal mehr die zentrale Stellung des hausärztlichen Gesprächs für die Psychotherapieaufnahme.

Die besseren Leistungen der höher spezialisierten Fachpersonen nahmen vor allem besser verdienende (Alegria et al. 2000 b⁷⁹) Personen, und nebst dem Bedarf diejenigen mit einer positiven Einstellung (Leaf et al. 1988⁸⁰), in Anspruch.

Dem widersprechen jedoch Abt (1990⁸¹), die bei Frauen der gehobenen Berufsgruppen sehr niedrige Behandlungsraten fand und Rudolf et al. (1988⁸²) die nur 12% Psychotherapiepatienten der gehobenen Berufsgruppen fanden.

⁷⁶ Veroff (1981) fand in den USA zwar keinen Zusammenhang zwischen Hilfesuche und Einkommen, jedoch einen positiven Zusammenhang zwischen Bildung und Gebrauch von Psychotherapie.

⁷⁷ Vessey und Howard (1993) haben in einer Übersicht dreier grosser epidemiologischer Studien aus den USA gefunden, dass die Hälfte der Psychotherapiepatienten zumindest eine abgeschlossene Collegeausbildung vorwiesen und Personen mit niedrigem Einkommen am wenigsten Psychotherapie benützen.

⁷⁸ Weckenmann (2000) fand bei einer Untersuchung von 475 Patienten der Wiener Universitätsklinik, dass das Bildungsniveau und der Berufsstatus der Patienten, die an die Klinik kamen, höher war als das der österreichischen Gesamtbevölkerung und dass bei Patienten mit höherer Bildung häufiger eine Einzeltherapie indiziert wurde als bei Patienten mit einer niedrigen Schulbildung.

⁷⁹ Alegria et al. (2000 b) verglichen Einkommen und Nutzung verschiedener ambulanter Angebote in den USA, Ontario in Kanada und in den Niederlanden. Dabei unterschieden sie Angebote von drei Sektoren: dem allgemeinärztlichen Sektor mit Hausärzten, dem spezialisierten Sektor mit Psychologen, Psychiatern und Psychotherapeuten und dem humanen Sektor mit Sozialarbeitern.

In den USA und den Niederlanden nahmen die besser verdienenden Personen eher Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiater als Helfer in Anspruch, während weniger verdienende Personen eher zu Sozialarbeitern gingen. In Ontario wurden keine Unterschiede in der Nutzung der Angebote und der Höhe des Einkommens gefunden. Die Autoren folgern, dass die soziale Klasse die Art der Angebote vor allem im spezialisierten Sektor limitiere. Weitere Forschung werde benötigt, um zu untersuchen, ob der schwierigere Zugang zum spezialisierten Sektor für Wenig-Verdienende in den USA mit einer schlechteren psychischen Gesundheit zusammenhänge.

⁸⁰ Leaf et al. (1988) untersuchten die Faktoren, die den Gebrauch von allgemeinärztlicher oder spezialisierter Hilfe beeinflussen. Sie fanden, vor allem der Bedarf sei ausschlaggebend für eine allfällige Nutzung; diejenigen zwischen 25 und 64 Jahren, die unverheiratet waren und eine positive Einstellung zu Gesundheitseinrichtungen zeigten, benutzten eher spezialisierte Angebote, während Frauen über 24 Jahren, Unverheiratete und Personen mit einer bereits gewohnten ärztlichen Versorgungsquelle eher den allgemeinärztlichen Sektor bevorzugten. Die Autoren weisen auf den besonders komplexen Prozess hin, der bei der Inanspruchnahme von ambulanten Hilfsangeboten bestehe; nur 4,1% der Antwortenden in ihrer Studie wurden in einem Halbjahres-Intervall von einem professionellen Psychotherapeuten behandelt, und nur 2,7% besprachen ihre seelischen Probleme mit dem Hausarzt. Dabei hatten diejenigen, die Hilfe vom spezialisierten Sektor in Anspruch nahmen, eine positivere Einstellung zu professionellen Diensten.

⁸¹ Abt (1990) jedoch fand bei den gehobenen Berufsgruppen, insbesondere bei Frauen, sehr niedrige Behandlungsraten. Sie untersuchte in ihrer Dissertation anhand der Daten der Nachuntersuchung der Studie von Dilling und Weyerer (1984) das Inanspruchnahmeverhalten besonders hinsichtlich der sozialen Situation der Patienten.

⁸² Rudolf et al. (1988) untersuchten in ihrer Berliner Psychotherapiestudie mehrere psychotherapeutische Institutionen und Praxen. Sie fanden nur 12% der Patienten auf beruflich gehobenem Niveau, 44% der Patienten lebten in mittleren bis bescheidenen Verhältnissen, rund die Hälfte bestand aus jüngeren, beruflich und partnerschaftlich nicht festgelegten Patienten mit geringen sozialen Ressourcen.

Saunders (1993) konnte zeigen, dass die besser Gebildeten deutlich länger brauchten, sich für eine Psychotherapie entscheiden zu können, und Franz (1997a) fand in seiner Untersuchung (innerhalb der Mannheimer-Studie) zur Annahme eines Therapieangebots zwar deskriptiv eine „leicht erhöhte aber statistisch nicht bedeutsame Bereitschaft zur Annahme des Psychotherapieangebots bei Angehörigen des Mittel- und Oberschicht“ (S. 116). Ebenso hatte der Schulabschluss keinen „statistisch bedeutsamen Einfluss auf die Psychotherapieakzeptanz“ (S. 116), jedoch zeigte sich, dass bei den Probanden mit Abitur die Akzeptanz mit 21% am geringsten war.

Trotz der kontroversen Studienergebnissen wird sichtbar, dass generell privilegiere Menschen einen erleichterten Zugang zur Psychotherapie haben; privilegiert, weil sie besser ausgebildet sind, besser verdienen, einen hohen Sozialstatus, eine grosse Familie oder eine tragende Mutterbeziehung haben. Dies bestätigt eine aufwändige Studie (Fosu 1995)⁸³ aus Afrika, die zeigte, dass privilegierte Mütter nach der Geburt häufiger professionelle Hilfe bei psychischen Störungen in Anspruch nahmen als nicht privilegierte Mütter.

2.3.4.3 Der Yavis-Patient: der ideale Patient?

Da Psychotherapie ein personenorientiertes Vorgehen ist (Brechtbühler 2003), ist relevant, wer von den einmal aufgesuchten Fachleuten für eine allfällige Diagnose- und Indikationsstellung zuständig ist.

Diese ist nach Seidenstücker und Roth (1998) nicht vergleichbar mit einer Indikationsstellung im medizinischen Bereich, denn sie sei zu eng für den Bereich der Psychotherapie, da psychische Störungen oft multikausal seien und die Beziehung zwischen Symptomen und therapeutischen Zielen oft zweifelhaft wären. Aus der Diagnose eines Patienten Schlüsse für eine indi-

⁸³ Fosu (1995) untersuchte 1000 Mütter, die mindestens ein Kind geboren hatten, in drei Stadtteilen von Accra, der grössten und modernsten Stadt in Ghana. Mütter spielen in Afrika die bedeutendste Rolle zur Bewältigung von Krankheitsfragen

In Afrika sei, wie in anderen sich entwickelnden Ländern, das seelische Gesundheitssystem oft wenig ausgebaut, hauptsächlich weil irrtümlich angenommen wurde, in Afrika sei die Prävalenz psychischer Störungen gering, da das Leben ruhiger und weniger stressig sei als in den entwickelten Ländern der ersten Welt. „Even though such myths have now been refuted, the development of mental health care services was historically based on such misconceptions“ (S. 1030). Wie jedoch bereits im Kapitel 2.1.1 dargestellt wurde, sind die Prävalenzen weltweit zwar unterschiedlich, die Depression jedoch wird im Jahr 2020 in den Ländern der dritten Welt sogar an erster Stelle der kostenintensivsten und leidvollsten Erkrankungen stehen (Murray und Lopez 1997).

In Afrika spielen neben den noch wenig ausgebauten psychiatrischen und psychotherapeutischen Angeboten vor allem die traditionellen Heiler eine Rolle.

17 Interviewerinnen, betreut von 2 Supervisorinnen, befragten in einem 90 Minuten dauernden face-to-face Interviews diese Frauen zu soziodemografischen Items, ihrer Familienplanung und ihre Einstellung zu Krankheits- und Fruchtbarkeitsverhalten. Weiter fragten sie, ob die Frauen Hilfe suchen würden bei traditionellen Heilern (8% der Probanden würden dies wählen), bei psychiatrischen Kliniken (88%) oder andere Strategien suchen würden wie persönliche Probleme lösen oder vermeiden von exzessivem Denken (4%).

Durch die eigene Mutter oder Schwiegermutter gut unterstützte Frauen mit grosser eigener Familie, die in Haushalten mit fliessendem Wasser lebten, ihre Geburt in einem Spital durchgeführt haben und die Ursache einer seelischen Störungen als natürlich und stressbedingt ansahen, suchten häufiger professionelle Hilfe bei psychischen Störungen auf. Kürzlich immigrierte Frauen mit wenig Schulbildung hingegen, die ihre Geburt zu Hause durchführten, an übernatürliche Ursachen einer psychischen Störung glaubten und ihre eigene Gesundheit als nicht so gut empfanden, suchten weniger Hilfe bei Professionellen, obwohl gerade sie den grössten Bedarf aufwiesen.

zierte Behandlung zu ziehen sei „problematic because patient characteristics like abilities, selfschematas, resources, and motivation, which are essential for the selection and design of an efficient therapy, are not taken into account by the diagnosis“ (S. 3).

Strauss (2000) argumentiert ähnlich, dass die Indikationsentscheidungen nicht mit der somatischen Medizin verglichen werden könnten, denn Indikationsentscheidungen zur Psychotherapie seien das Resultat komplexer Aushandlungsprozesse zwischen professioneller Fachperson und Patient (Kap. 2.4.4.6).

Bereits Freud (1895) formulierte verschiedene Patientenmerkmale für die Indizierung einer Psychotherapie: ein Alter unter 50 Jahren, Differenziertheit, Bildung, Leidensdruck, Motivation, eine nicht chronifizierte Störung, Intelligenz und Persönlichkeitsreife.

Schofield (1964) formulierte diesen Katalog positiver Eigenschaften als das „Yavis - syndrome - clients who are youthful, attractive, verbal, intelligent, and successful“ (S. 133). Goldstein (1971) und Blaser (1978) übernahmen die Yavis-Typologie, die seither in der einschlägigen Literatur tradiert wird. Yavis-Patienten gelten als gut behandelbar und werden von den Psychotherapeuten bevorzugt, aus sozioökonomischen (Schulz 1998⁸⁴), ökonomischen (Strauss 2000⁸⁵, Driessen et al. 1996⁸⁶) und narzisstischen (Blaser 1989⁸⁷) Gründen. Nach Goldstein (1971) ist für eine Psychotherapie am wichtigsten, dass „Mr. Yavis and his therapist characteristically form a favorable psychotherapeutic relationship“ (S. 7).

Der Non-Yavis-Patient hingegen wird eher unfreundlich beschrieben und stammt nach Blaser (1978) „aus der sozialen Unterschicht, ist mittelalterlich, intellektuell eher schwach begabt. Er ist weder psychologically-minded noch introspektiv. Daher erwartet er eher in passiver Weise eine sofortige Lösung seiner akuten Probleme durch den Therapeuten“ (S. 33). Während die typischen Abwehrmechanismen des Yavis-Patienten „Isolation, Rationalisierung und Umkehrung ins Gegenteil“ (S. 33) sind, seien die Abwehrmechanismen des Non-Yavis-Patienten vor allem Verschiebung, Verneinung und Verdrängung. So entwickle sich die Beziehung zum Therapeuten ungünstig, sei von kurzer Dauer und zeige ein für beide Teile unbefriedigendes Resultat.

⁸⁴ Schulz (1998) fand, dass die sozioökonomischen Merkmale der Patienten im Sinne der Yavis-Eigenschaften einen Einfluss auf die Psychotherapieindikation hatten. So erhielten in ihrer Untersuchung Patienten mit zwischenmenschlichen Problemen eher eine Indikation zur Psychotherapie, während Patienten, welche besonders belastet waren durch feindseliges und unterwürfiges Verhalten häufiger eine Indikation für eine stationäre Psychotherapie erhielten.

⁸⁵ Strauss (2000) weist darauf hin, dass die Indikationsstellung durch verzerrte Wahrnehmungen bestimmt seien. Denn in der psychotherapeutischen Praxis sei das primäre Interesse die Auslastung. Psychotherapeuten würden sich, falls sie die Wahl hätten, für Yavis-Patienten entscheiden, da diese möglicherweise den grösseren Nutzen einer psychotherapeutischen Behandlung ziehen könnten.

⁸⁶ Driessen et al. (1996) zeigten auf, dass psychologische Psychotherapiepraxen vor allem in den Grossstädten etabliert sind und dass ihre Klientel noch häufiger als bei den ärztlichen Psychotherapeuten als sozial attraktiv beschrieben werden kann. Sie fanden in ihrer Studie zur psychotherapeutischen Versorgung der erwachsenen Bevölkerung mittels postalischer Befragung aller ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein, dass Patienten aus höheren sozialen Schichten, mit höheren Schulbildungen und aus Grossstädten wesentlich häufiger psychotherapeutisch (eine Intervention wird ab 10 Sitzungen als Psychotherapie bezeichnet) behandelt wurden als es der Verteilung der Normalbevölkerung entspricht, zudem war dieser Trend bei den Psychologen ausgeprägter als bei den Ärzten.

⁸⁷ Blaser (1989) stellte in einer Literaturübersicht fest, dass die Indikation zu einer Psychotherapie eher gestellt wird, wenn erwünschte Eigenschaften wie Intelligenz, gute verbale Ausdrucksfähigkeit, Motiviertheit und sogar körperliche Attraktivität vorhanden seien. Zwischen Therapeut und Patient komme es so zu einer wechselseitigen Attraktion, die sich als gegenseitiger narzisstischer Aufwertungsprozess beschreiben liesse.

Hollingshead und Redlich (1958) machten für solche verfrühte Abbrüche den Behandler verantwortlich, der die Spannung der Kontraste zwischen dem unterschiedlichen Status des Patienten zum Therapeuten nicht ertragen will⁸⁸. Cremerius (1990) erklärt die gegenteilige Situation; die Schwierigkeit der Behandlung mit Mächtigen und Reichen. Geyer (2000) weist auf die zum Teil auffälligen Kontraste im Bildungsniveau zwischen Therapeut und Patient nicht nur für die Abbrüche, sondern sogar als deutliche Zugangsbarriere zur Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie hin.

Insbesondere psychoanalytische Psychotherapien scheinen eher von Patienten mit besserer Ausbildung und höherem Berufsstatus genutzt zu werden (Kadushin 1969⁸⁹, Garfield 1994, Beutel und Rasting 2001⁹⁰). Dazu ist ein Schichtwechsel auch eine Folge gerade von psychoanalytischen Therapien. Leuzinger-Bohleber et al. (2001) fanden in ihrer Studie zu den Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien in 84% der Fälle einen Schichtwechsel gegenüber den Herkunftsfamilien, „die nicht nur mit dem zunehmenden Bildungsgrad während der letzten 50 Jahre in Deutschland zu erklären ist“ (S. 215).

Leuzinger-Bohleber (2001) betont, in der untersuchten Stichprobe seien viele schwer traumatisierte Patienten enthalten. „Keiner der bisher in Frankfurt, Kassel und Köln evaluierten 73 ehemaligen Patienten war an einer „leichten Neurose“ erkrankt. Es scheint uns daher bisher als gesichert, dass wir keine Yavis-Patienten behandeln“ (S. 180).

Auch Franz (1994) hat in seiner Untersuchung zur Psychotherapieakzeptanz die Vorrangstellung der Yavis-Patienten nicht bestätigen können. Aufgrund von soziodemografischen Variablen zwischen Annehmern und Ablehnern des Psychotherapieangebotes statistisch signifikant zu trennen, sei überraschend gering. Der Yavis-Patiententypus sei in klinischen Untersuchungen jedoch häufig überrepräsentiert, weil sich „Yavis-Patienten den psychotherapieaversen Tendenzen des Versorgungssystems möglicherweise noch am ehesten entziehen könnten“ (S. 247).

Franz (ebda) interpretiert seine Befunde als Hinweis, dass „sich Unterschichtsangehörige, Ältere und Männer weniger effizient, aktiv und eigeninitiativ psychotherapeutische Ressourcen innerhalb des medizinischen Versorgungssystems erschliessen können“ (S. 247). Der Vorsprung der Mittel- und Oberschichtsangehörigen, Frauen und Jüngeren in der Erschließung von psychotherapeutischen Hilfsangeboten könnte kompensiert werden durch ein frühzeitiges, von Expertenseite unterbreitetes, Psychotherapieangebot.

Schliesslich sind jedoch die Begriffe yavis und non-yavis Endpunkte auf einem Kontinuum, nicht als eine eine Dichotomie (Goldstein 1971) anzusehen, denn Yavis-Patienten haben nicht generell „leichtere Neurosen“, sie sind, oft neben gewichtigen anderen Störungen (Komorbidität, Kap. 2.1.2.2), gesund genug, den schweren „Weg zur Psychotherapie“ (Franz 1997) zu schaffen.

⁸⁸ Hollingshead und Redlich (1958) fanden in ihrer Studie, dass Patienten mit einem tiefen sozioökonomischen Status zu 50% eine laufende Psychotherapie abbrechen. Der häufigste Grund der Schwierigkeiten wegen dem tieferen Status des Patienten sei „the part of the psychiatrist and the psychiatrist's unwillingness to assume this role because it runs counter to certain therapeutic principles“ (S. 340).

⁸⁹ Kadushin (1969) schloss aus seiner damaligen Studie, dass die soziale Klasse der wichtigste Faktor war, die Patienten in den verschiedenen Kliniken zu unterscheiden; je verbundener eine Klinik mit den orthodoxen psychoanalytischen Forschungen war, desto höher war die soziale Klasse ihrer Patienten.

⁹⁰ In der Katamnesenstudie von Beutel und Rasting (2001) überwogen die Patienten mit höherer Schulbildung, die eine psychoanalytische Behandlung in Anspruch genommen hatten. Sie fanden in ihrer Studiengruppe häufig Patienten, die sich wegen Arbeits- oder Leistungsstörungen in Behandlung begeben hatten und unter der Behandlung ihre fachhochschul- oder universitätsbezogene Ausbildung abschliessen konnten.

2.3.4.4 Geschlecht

Im Kap. 2.1.3.3 wurde erörtert, dass der Mythos „women are sicker, but men die quicker“ nicht haltbar ist. Männer und Frauen sind in ähnlich grosser Häufigkeit, aber von verschiedenen psychischen Störungen betroffen.

Frauen zeigen jedoch eine bis doppelt höhere Inanspruchnahme medizinischer Dienste und grösseren Medikamentenkonsum in Anspruch als Männer (MacIntyre et al. 1996, Franks 1996⁹¹). Daher verursachen sie auch mehr Gesundheitskosten als Männer, denen jedoch häufigere Gratis-Pflegeleistungen der Frauen entgegenstehen (Camenzind und Meier 2004⁹²).

Ebenso nehmen Frauen häufiger als Männer Psychotherapie in Anspruch (Link et al. 1980, Corney 1990, Leaf et al. 1985 und 1987, Abt 1990, Mechanic 1976, Mechanic 1991, Kessler et al. 1981, Zeldow und Greenberg 1980, Vessey und Howard 1993). Auch Frauen mit schizophrenen Störungen wiesen mehr Kontakte zu ambulanten Diensten auf und erhielten mehr Massnahmen als Männer, während sich bezüglich soziodemografischer oder krankheitsrelevanter Faktoren, der Psychopathologie oder des Versorgungsbedarfs keine Unterschiede zeigten (Martini und Rössler 1996).

Frauen sind besser informiert, suchen häufiger den Allgemeinarzt auf, um über seelische Probleme zu reden und wenden sich häufiger als Männer an ihre Umgebung (Abt 1990⁹³), Frauen haben mehr Vertraute und kontaktieren häufiger professionelle Unterstützungsangebote (Corney 1990⁹⁴).

Sogar trotz sozialer Benachteiligung sind Frauen eher in der Lage, aktives hilfesuchendes Verhalten zu zeigen. Dies belegte Veroff (1981), der in einer Feldstudie an 2000 Erwachse-

⁹¹ Franks (1996) wies nach Auswertung nordamerikanischer Daten (National Health and Nutrition Survey, 1971-1975) nach, dass Frauen doppelt so oft medizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen als Männer.

⁹² Da Frauen generell mehr medizinische und auch psychotherapeutische Leistungen beziehen, verursachen sie auch mehr Gesundheitskosten als Männer. Eine neue Studie (Camenzind und Meier 2004), herausgegeben von der Fachstelle Gender Health des Bundesamtes für Gesundheit und dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium, stellt dies jedoch in Frage. Die Studie zeigt die Mehrkosten auf, die sich zur Hälfte durch die höhere Lebenserwartung der Frauen erklären lässt. Die andere Hälfte wird durch den Bereich der Reproduktion abgedeckt, der jedoch beiden Geschlechtern zugute kommt. Der zweitgrösste finanzielle Unterschied ist im ambulanten Bereich der Psychiatrie zu finden. Dort weisen die Frauen das ganze Leben hindurch höhere Kosten auf als Männer. Bei den Sozialversicherungen hingegen verursachen Männer mehr Kosten als Frauen. Ganz unterschlagen wird nach der Studie jedoch die Gratisarbeit, die von Frauen geleistet wird. Diese nicht erfassten Gratispflegeleistungen von Frauen wird als die grösste Verzerrung bei den Gesundheitskosten erachtet. Die Autoren kommen zum Schluss, dass die Kosten bei den Geschlechtern ausgeglichener sind als angenommen.

⁹³ Abt (1990) fand, dass sich Frauen öfter bei seelischen Problemen an ihre Umgebung wandten, häufiger daran dachten, psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen, häufiger wegen seelischen Schwierigkeiten ihren Hausarzt aufsuchten und über niedergelassene Nervenärzte besser informiert waren als Männer. Am häufigsten begaben sich ledige und geschiedene Männer, sowie verheiratete und verwitwete Frauen in psychiatrische Behandlung.

⁹⁴ Corney (1990) untersuchte 142 Frauen und 52 Männer im Alter von 20 bis 45 Jahren in einem Londoner Vorort. Ihnen wurde per Post verschiedene Fragebogen über ihren physischen und psychischen Gesundheitsstatus, demografische Faktoren und ihr medizinisches und psychologisches Inanspruchnahmeverhalten zugeschiedt. Die Resultate zeigen, dass die Präsenz von physischen Problemen bei Männern und Frauen den Gang zum Allgemeinarzt verursachten, bei psychosozialen Problemen oder Stress jedoch produzierte dies nur bei Frauen ein Inanspruchnahmeverhalten, nicht aber bei Männern. Frauen hatten mehr Vertraute und kontaktierten häufiger professionelle Unterstützungsangebote sowohl im physischen wie auch im psychischen Bereich. Zugangsfaktoren wie die Länge des Weges und Zeit spielten keine Rolle bei der Frage nach der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote.

nen unter anderem den Einfluss des Geschlechts auf die Psychotherapieinanspruchnahme untersuchte. Frauen suchten nahmen doppelt so viel als Männer Psychotherapie in Anspruch.

Da Hilfesuchende Helfer vom gleichen Geschlecht bevorzugen, weil Hilfesuchen normalerweise unter Freunden geschieht (Nadler 1991), erstaunt nicht, dass viele Frauen Hilfe bei Frauen suchen. Während sich verheiratete Frauen weiterhin auf ihre Freundinnen beziehen, verlassen sich verheiratete Männer auf ihre Ehefrauen (Veroff 1981). Überhaupt spielen Frauen bei der Inanspruchnahme von gesundheitlicher Hilfe eine grosse Rolle. Nach Norcross et al. (1996) lassen sich Männer 2,7 mal mehr als Frauen durchs andere Geschlecht beeinflussen, ärztliche Hilfe aufzusuchen.

Graham (1985) spricht generell vom verborgenen Gesundheitssystem, nach dem die Frauen als Schlüsselpersonen zwischen Familie und professionellem System fungieren. Dabei seien die Frauen verantwortlich für die häuslichen Bedingungen, die die Gesundheit der Familienmitglieder erhalten, sie würden die gültigen Einstellungen und Verhaltensweisen zur Gesundheitserhaltung vermitteln, und damit die Verbindung zum professionellen Gesundheitssystem herstellen.

Nach Bitzer (2001) erleichtern die unterschiedlichen Gesundheitsbiographien den Frauen, sich im Bereich der Gesundheit zu bewegen. So nehmen bei Frauen die reproduktiven Gesundheitsbelange (Verhütung, Schwangerschaft, Wechseljahre, Krebsvorsorge) lebenslang einen beträchtlichen Raum ein (Schweizerischer Frauengesundheitsbericht 1996, Kap. 2.1.3.3).

Männer hingegen nehmen weniger Psychotherapie in Anspruch. Allerdings spezifizieren Leaf et al. (1985), dass sich der Geschlechtsunterschied nivelliere bei denjenigen, die sich nicht nur auf ein paar Sitzungen, sondern auf einen psychotherapeutischen Prozess einliessen.

Kessler et al. (1981) untersuchten mit den Daten von vier grossen amerikanischen Studien⁹⁵ die Geschlechtsunterschiede in der Morbidität und im Hilfsuchverhalten. Bei der Zerlegung des Hilfsuchprozesses (Kap. 2.4.2) zeigte sich der Geschlechtsunterschied nur beim ersten dieser drei Stadien, wenn das Individuum erkenne, an einem emotionalen Problem zu leiden. Der Geschlechtsunterschied nivellierte sich bei den zwei folgenden Stadien, zu denken, dass psychiatrische Hilfe gebraucht würde und konkret Kontakt aufzunehmen mit dem seelischen Gesundheitssystem.

Wie bereits erwähnt im Kapitel 2.1.3.3 wird dieser Unterschied im ersten Stadium damit erklärt, dass Frauen unspezifische Gefühle von Stress eher als emotionale Probleme übersetzen können als Männer. Daher würden Frauen schneller unter emotionalen Problemen leiden, die sie selber als behandlungsbedürftig wahrnehmen würden. Die Autoren postulieren, dass das gefundene Übermass von Frauen, welche die psychiatrische Morbidität ausmachten, auf diesen Geschlechtsunterschied zurückzuführen sei.

Auch nach Moller-Leimkuhler (2002) kann die tiefere Behandlungsrate der Männer vor allem im Bereich der depressiven Störungen nicht auf eine bessere Gesundheit zurückgeführt werden, sondern sei mit der Diskrepanz zwischen Wahrnehmung der Symptome und Hilfsuchverhalten zu erklären. Männer hätten eher Hemmungen, emotionale Befindlichkeiten formulieren zu können, was die Perzeption von depressiven Symptomen erschwere.

⁹⁵ (the Health and Nutrition Examination Survey (HANES) vom National Center of Health Statistics und drei Studien der Community Mental Health Assessment (CMHA) zusammengetragen vom Center for Epidemiologic Studies of the National Institute of Mental Health)

Auch Fischer und Good (1997⁹⁶) fanden, dass Männer mit grösseren Geschlechtsrollen-Konflikten mehr alexithymisch waren und mehr Angst vor Intimität hatten. Sie hatten Schwierigkeiten, ihre Gefühle wahrzunehmen und mitteilen zu können und nahmen darum weniger psychotherapeutische Hilfe in Anspruch als sie bedurften. Davies et al. (2000) hingegen fanden, dass männliche Collegestudenten ihre wichtigen Gesundheitsbedürfnisse zwar wahrnahmen, jedoch nichts dafür unternahmen, obwohl die Studienteilnehmer über ihre physische und emotionale Gesundheit besorgt waren und Alkohol- und Substanzenabusus die wichtigsten Themen waren. Barrieren, Hilfe aufzusuchen waren die männliche Sozialisation, unabhängig zu sein und Verletzlichkeit zu verbergen.

Leaf et al. (1987) konnten zeigen, dass Männer sich deutlich mehr Sorgen als Frauen machten, ob ihre Familie beunruhigt oder irritiert wäre, sie würde von der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe erfahren.

Verschiedene Vorschläge, Männern zu einem bessern Inanspruchnahmeverhalten zu verhelfen sind: Gesundheitskurse und telefonische Gesundheitssprechstunden anzubieten oder ein Männerzentrum einzurichten (Fischer und Good 1997). Dazu müsse interdisziplinär versucht werden, angepasste Hilfeleistung anzubieten (Addis und Mahalik 2003), da Männer nach Shay (1996) Psychotherapie als „foreign terrain“ (S. 503) erleben. Denn mit der Währung der Psychotherapie; intime Kommunikation, Enthüllung und Verletzlichkeit, hätten Männer aufgrund ihrer Sozialisation wenig Erfahrung. Shay (ebda) empfiehlt, sich den meist von Ehefrauen, Eltern oder Arbeitgebern in die Psychotherapie geschickten Männern mit besonderen Strategien anzunähern: „to treat reluctant men, first sit behind them. Only from this empathic perspective is genuine change possible“ (S. 512).

Cochran und Rabinowitz (1996) schlagen sogar eine neue Psychotherapie, speziell auf Männer zugeschnitten, vor. Männer würden häufig Scham und Angst vor Intimität erleben, was die Psychotherapie erschwere. Daher sei besonders die Betonung der positiven Aspekte der Männlichkeit wichtig, mit deren Verlust viele Arbeits- oder Beziehungskonflikte verbunden seien. Eine zu diesem Thema sensitive Psychotherapie helfe, die Männer zu einer Psychotherapie zu ermutigen.

2.3.5 Exkurs: Die Inanspruchnahme von Psychotherapie bei Krebserkrankten

Wie bei den Menschen mit psychischen Störungen stimmt auch bei der Gruppe der Menschen mit Krebserkrankungen der expertendefinierte Bedarf nicht mit der subjektiven Bedürftigkeit überein. Krebskranke werden aufgrund ihrer Erkrankung im medizinischen Versorgungssys-

⁹⁶ Fischer und Good (1997) untersuchten 208 Männer, welche einen Einführungskurs in Psychologie an einer grossen westlichen amerikanischen Universität nahmen, auf den Zusammenhang von Alexithymie, Intimität und männlichen Geschlechtsrollen. Sie kamen zum Schluss, dass Männer mit grösseren Geschlechtsrollen-Konflikten auch mehr alexithymisch waren und mehr Angst vor Intimität hatten, sogar wenn die sozial erwünschten Antworten kontrolliert wurden. So hatten junge weisse Männer Schwierigkeiten, ihre Gefühle wahrzunehmen und mitteilen zu können. Und sie tendierten dazu, weniger psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen als sie bedurften. Fischer und Good (ebda) fordern daher: „In this sense, it may be important not just to „change men“, but also to change mental health services to better help men change. At minimum, one possibility for improving mental health services for men is providing some kind of pretherapy orientation, in which clients are prepared for the task of therapy“ (S. 168).

tem erfasst und können daher gut bezüglich ihres psychotherapeutischen Inanspruchnahmeverhaltens untersucht werden. Fast die Hälfte unter ihnen leidet an begleitenden psychischen Störungen⁹⁷ (Derogatis et al. 1983⁹⁸), nur wenige nehmen jedoch psychotherapeutische Hilfe in Anspruch (Weis und Koch 1998).

Krebserkrankungen erhöhen jedoch sowohl den Bedarf wie auch den Gebrauch und die Benutzung von psychotherapeutischen Leistungen (Hewitt und Rowland 2002⁹⁹). Und Stress, Depression und Angst bestehen bei Patientinnen mit Brustkrebs sogar noch Jahre nach der Diagnose. Psychotherapie zeigte bei diesen Patientinnen nicht nur einen leichteren Umgang mit der Krebserkrankung, sondern auch eine längere Lebenserwartung (Spiegel 1999b¹⁰⁰).

Wichtig für eine allfällige Inanspruchnahme ist das Anregungsverhalten mittels kurzer, informeller Gespräche der behandelnden Ärzte (Beutel et al. 1996¹⁰¹), welche der Psychotherapie jedoch meist ablehnend gegenüberstehen.

Brusis et al. (1998) untersuchten 162 Brustkrebpatientinnen hinsichtlich ihres Inanspruchnahmeverhaltens gegenüber Psychotherapie. Ihre Hypothese, dass die externe Unverfügbarkeit von Betreuungsmöglichkeiten oder die subjektive Benachteiligung beim Zugang zu den Angeboten Gründe für die Nichtteilnahme seien, wurde nicht bestätigt: das Hindernis befand sich mitten im Versorgungssystem selbst. „In keinem der vorliegenden Interviewprotokolle fehlt der Hinweis auf Erlebnisse, die bereits während der Primärtherapie aversive Schranken aufgerichtet haben. Nahezu alle befragten Patientinnen berichteten von Vorfällen in der Klinik, die sich auf ihr Verhältnis zu sich selbst und zu der Krankheit und, infolgedessen auch auf eine mögliche Nutzung der für sie eingerichteten Nachbetreuungsmöglichkeiten, aus-

⁹⁷ Diese begleitenden psychischen Störungen sind psychodiagnostisch als Anpassungsstörungen (ICD-10: F. 43.2, DSM-IV: 293.89) einzuordnen.

⁹⁸ Derogatis et al. (1983) haben 215 onkologische Patienten untersucht und fanden, dass 47% (101 Personen) unter klinisch auffälligen psychischen Störungen leiden. 90% der beobachteten psychischen Störungen waren als Reaktionen auf die Krebserkrankung oder deren Behandlung zu beurteilen.

⁹⁹ Innerhalb der National Health Interview Survey, bei der insgesamt 95'615 Erwachsene in den USA befragt wurden, untersuchten Hewitt und Rowland (2002) 4'878 Überlebende einer Krebserkrankung auf ihr Inanspruchnahmeverhalten. Diese nahmen, verglichen mit Probanden ohne Krebserkrankung, bedeutend mehr psychosoziale oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch (7,2% versus 5,7%). Das grösste Inanspruchnahmeverhalten zeigten diejenigen, die eine Krebserkrankung überlebt hatten, jünger als 65 Jahre und verheiratet waren und komorbide Störungen hatten.

Hätten auch diejenigen, die angaben, eine psychotherapeutische Behandlung sei ihnen zu teuer gewesen, diese in Anspruch nehmen können, wäre die Rate der Inanspruchnehmenden von 7,2% auf 11,7% gestiegen.

⁹⁹ Überhaupt zeigte Spiegel (1999a), dass Psychotherapie für medizinisch Kranke eine wichtige Behandlung ist, die nicht nur psychologische, sondern auch körperliche Effekte zeigen konnte.

⁹⁹ Beutel et al. (1996) untersuchten in einer behandlungsbegleitenden Verlaufsstudie mit 224 Patienten einer onkologischen Tagesklinik Bedarf und Inanspruchnahme ambulanter psychosozialer Hilfe. Sie konnten zeigen, dass der Zusammenhang zwischen den Wünschen der Patienten und den Bedarfseinschätzungen der Therapeuten gering war. Während vor allem Patienten mit einer aktiven Bewältigungsorientierung psychotherapeutische Hilfe aufsuchten, waren für die Projektmitarbeiter die Bewältigungsdefizite der Patienten für die Bedarfseinschätzung ausschlaggebend. Häufiger als psychotherapeutische Behandlungen wurden mit dem Voranschreiten der Krankheit kurze, informelle Kontakte in Anspruch genommen, die relativ wenig Eigeninitiative der Patienten erfordern. Die kurzen Informations- und Beratungsgespräche zu Fragen der Krankheit und Behandlung fanden im Behandlungsraum und auf Initiative der Therapeuten statt. Sie dienten oft als Einstieg zu Gesprächen über die seelische Belastung, welche die Krebserkrankung mit sich bringt. Diese Gespräche erleichterten schliesslich die Entscheidung zur Psychotherapie-Inanspruchnahme und zeigten, dass „die Wünsche der Patienten nach Hilfen generell mit der Vorerfahrung hilfreicher Gespräche zusammenhingen“ (S. 310).

schliesslich negativ ausgewirkt haben“ (S. 315). Ganz wie dies auch Backenstrass et al. (1997) für die depressiven Patienten formuliert haben (Kap. 2.3.3.1).

Die Autorinnen dieser Studie heben die wichtige und schwierige Interaktion der Ärzteschaft mit den Patientinnen heraus: Je „weiblicher“ die Krebserkrankung, (Brust-, Ovarial- oder Gebärmutterkrebs) desto uneinfühlsamer und schweigsamer war der Arzt oder die Ärztin und desto mehr alleingelassen fühlten sich die Patientinnen. Zudem ist für Brustkrebspatientinnen die Zufriedenheit eng mit einer guten Information (Fallowfield et al. 1986)¹⁰² und der aktiven Teilnahme am Entscheidungsprozess (Ong et al. 1995)¹⁰³ verknüpft.

Bereits Meerwein (1984) hat die „inneren Vermeidungen und Verdrängungen“ (S. 218) bei den in der Onkologie tätigen Ärzten thematisiert und forderte deren Konfliktbereitschaft. Bruns et al. (1998) problematisieren, dass „die Interaktionssituation wenig Möglichkeiten einer „Rückmeldung“ enthält und deshalb aus sich selbst kaum „lernfähig“ ist. Die Krebspatienten sind in einer Situation, die sie zum ersten Mal erleben und für die sie kein Verhaltensmuster haben. Sie sind daher extrem verhaltensunsicher und wissen nicht, was sie fragen dürfen und wie persönlich das Gespräch sein darf. Der Arzt tut das, was er für richtig hält, und da keine negative Rückmeldung kommt, nimmt er an, er habe sich richtig verhalten“ (S. 316).

Dieser Teufelskreis, in dem die Defizite der einen Seite die Defizite der andern Seite verfestigen, lasse sich nicht mit Appellen, die Ärzte sollen mehr zuhören oder die Patienten sollen mehr berichten, durchbrechen. Nur durch eine äussere Vorgehensweise lasse sich der Teufelskreis durchbrechen; indem die Ärzte eine Rückmeldung erhalten über die tatsächlichen Auswirkungen ihres Kommunikationsverhaltens und andererseits den Patienten konkrete Verhaltensmodelle gegeben werden „wie sie Verhaltensunsicherheit und Nichtverstehen dem Arzt mitteilen“ (S. 316) können.

Der Schweizer Onkologe Nagel (Bopp et al. 2005), selbst an Leukämie erkrankt, spricht dabei vom „kompetenten Patienten“, der sich selber in Bezug auf seine Krankheit kundig macht. Dabei werde die compliance, das Zusammenwirken zwischen Patient und Arzt verbessert, wenn der Patient seine Situation verstehe und sich in seine eigenen Angelegenheiten einmische. Die Patientenkompetenz gehe einher mit einer Verbesserung der Lebensqualität, denn der Patient lerne, mit Krankheit und Angst umzugehen und werde nicht mehr von der Krankheit tyrannisiert.

Verres (1991) allerdings ist nach langjähriger Forschung in der Krebsfrüherkennung sehr skeptisch gegenüber Handlungsanweisungen, die sich aus der Medizin ergeben. Innerhalb der Krebsforschung ist eine vergleichbare Frage zu der vorliegenden, warum so viele Menschen keine Psychotherapie in Anspruch nehmen, warum so viele Menschen keine Früherkennungsuntersuchungen innerhalb der Krebsvorsorge in Anspruch nehmen.

Verres (ebda) redet mit grossem Respekt von der „subjektiven Krankheitstheorie“ (S. 308). Diese könne auch Ausdruck einer „prinzipiellen subjektiven Lebensphilosophie sein, die etwas mit dem Selbstbestimmungsrecht zu tun hat“ (S. 309). Wenn jemand sage, er wolle nichts

¹⁰² Fallowfield et al. (1986) fanden in einer Studie zu den Auswirkungen der ärztlichen Kommunikation auf das Gesundheitsbefinden von Brustkrebspatientinnen, dass diejenigen Patientinnen sich am schlechtesten fühlten, die sich ungenügend informiert und übergangen fühlten.

¹⁰³ Ong et al. (1995) fanden in einer Literaturübersicht im amerikanischen, britischen und niederländischen Bereich, dass die Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen entgegen einer weitverbreiteten Meinung nicht direkt davon abhängig war, ob eine totale Brustentfernung oder eine brusterhaltende Operation durchgeführt wurde. Entscheidend war das Gefühl der Patientin, informiert worden zu sein und am Entscheidungsprozess teilgenommen zu haben.

von Früherkennung wissen in Sinn von „was ich nicht weiss, macht mich nicht heiss“ (S. 309) sei dies Ausdruck einer anderen Lebensmaxime als die in der professionellen Medizin entstandenen Denkkategorien.

Eine aktuelle Untersuchung (Smith et al. 2005) haben die interanationale Literatur zum Thema der verspäteten Erkennung von Krebsymptomen untersucht. Sie kamen zum Schluss, dass sich die Verspätung zeigt, Patienten zwar verschiedene Krebserkrankungen hatten, jedoch grosse Ähnlichkeiten in den Schlüsselkonzepten zeigten. Diese waren: Schwierigkeiten im Erkennen und Interpretieren der Symptome und Angst vor einer Konsultation.

Dabei manifestierte sich die Angst in zwei Bereichen; der Angst vor Beschämung, dass die Symptome trivial wären oder dass sie eine sensitive Körperregion betreffen würden, oder der Angst vor Schmerz, Leiden und Tod. Entweder litten die Patienten an Beschämungs- oder Todesangst oder an beiden Ängsten.

Die Autoren empfehlen, neben dem Geschlecht und der Wichtigkeit der Freunde und naher Fachpersonen im Umfeld der Betroffenen sei vor allem das Beachten der Ängste wichtig, um Strategien gegen die häufige Behandlungsverspätung zu finden, die letztlich die Überlebensrate der Krebserkrankten erhöhen soll.

Die Betrachtung der Psychotherapie-Inanspruchnahme von Krebskranken zeigt, dass motivierende Ärzte, eine gute Information der Patienten und die Möglichkeit, selbst entscheiden zu können, für die Aufnahme einer Psychotherapie entscheidend sind.

2.4 Psychotherapie-Aufnahme

Um Interventionen und Strategien entwickeln zu können, die Versorgungslücke der Personen mit psychischen Störungen zu reduzieren, wurde immer wieder gefordert, besser zu verstehen, was *vor* der eigentlichen Kontaktaufnahme geschieht (z. B. Leaf et al. 1985, Stefl und Prosperi 1985, Hourani et al. 1986, Stroczan 1993, Tansella 2000).

Obwohl in der Literatur selten Arbeiten zu finden, die sich mit den Vorfeldphänomenen von Erstinterviews beschäftigen, besteht „in mündlichen Traditionen und in der Literatur kein Mangel an entsprechenden Hinweisen“ (Wegner und Henseler 1991, S. 216). Das Vorfeld umfasst alles, was vor dem Betreten der Praxis geschieht. Hier setzt die innere Beschäftigung mit der ersten Begegnung zum Therapeuten ein; ein langer innerer Prozess, der den Patienten motiviert, sich mit seinen Problemen an eine professionelle Person zu wenden (Stroczan 1993) und der bereits über Gelingen oder Misslingen einer Behandlung entscheiden kann (Keil - Kuri 1995).

Dieser innere Prozess wird von verschiedenen Forschern als Modell mit verschiedenen Stadien formuliert, die mit der Wahrnehmung der Symptome beginnen und mit der Kontaktaufnahme zu einer psychotherapeutischen Fachperson enden. Andere Forscher sehen das Hilfesuchen eher aus einer dynamischen Sicht und betonen den Aspekt der Entscheidung und Selbstbestimmung (Kap. 2.4.1).

Weitere Studien untersuchten bestimmte Merkmale, die sich als spezifisch für die Psychotherapie-Aufnahme erwiesen. Äussere Barrieren wie Verfügbarkeit, Finanzierbarkeit und Er-

reichbarkeit einer Psychotherapie wurden untersucht. Innere Barrieren wie die Einstellung zur Psychotherapie, Stigmatisierungsausmass, Angst und Scham der Personen mit psychischen Störungen wurden studiert. Auch eine Psychotherapie-Aufnahme begünstigende Merkmale wie der Einfluss allfälliger kritischer Lebensereignisse, die Höhe des Leidensdrucks, die Compliance waren Gegenstand der Studien nebst den Motiven der Personen, die ausdrücklich trotz Vorliegen psychischer Störungen Psychotherapie ablehnten (Kap. 2.4.2). Schliesslich widmeten sich andere Forscher den Möglichkeiten zur Förderung der Psychotherapie-Aufnahme. Dabei sind Information, Entstigmatisierung und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit wichtig (Kap. 2.4.3).

2.4.1 Der Prozess zur Psychotherapie-Aufnahme

2.4.1.1 Modelle mit Phasen des Inanspruchnahmeprozesses

Verschiedene Forscher schlagen die Psychotherapieaufnahme als Prozess vor (Zola 1966, Kadushin 1969, Mechanic 1976, Kessler et al. 1981, Siegrist 1984, Siegrist 1995, Nadler 1991, Saunders 1993, Stroczan 1993, Reinecker und Krauss 1994), der in Phasen verläuft; beginnend mit der Erkenntnis, dass ein Problem da ist und endend mit der Kontaktaufnahme zu einer professionellen Fachperson.

Da bei den initialen Stadien einer psychischen Störung die Zeichen und Symptome oft nicht spezifisch und schwierig zu erkennen sind (Skelton et al. 1991) ist der erste Schritt bei allen Modellen die Wahrnehmung der Symptome. Ebenso ist der dritte bzw. vierte und letzte Schritt im Prozess zur Inanspruchnahme bei allen Modellen die eigentliche Kontaktaufnahme zu einer professionellen Person.

Die Zwischenschritte werden jedoch je nach Modell anders gewichtet. Während nach Kadushin (1969) und Mechanic (1976) die Attributionen psychischer Probleme zu einer psychischen Erkrankung entscheidend seien, schlagen Meile und Whitt (1981), Veroff et al. (1981) und Mechanic (1982) vor, Problemerkennung und Attribuierung zu unterscheiden; falls beispielsweise jemand meine, das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung bedeute persönliche Schwäche, sei es schwieriger, diese Attribuierung vorzunehmen (Mechanic 1982).

Meile und Whitt (1981) argumentieren, die Attribution von problematischem Verhalten mit psychischer Störung sei nicht einfach und selbstverständlich, sondern bei manchen Kranken erst die letzte Zuflucht. Die meisten Personen würden lieber erprobte Copingstrategien ergreifen, wenn sie mit einem Problem konfrontiert seien; reden mit Freunden, warten bis das Problem weg ist, und Hilfesuchen beim Hausarzt oder sogar nonprofessionelle Hilfe aufsuchen (auch Veroff et al. 1981, Cohen et al. 1985).

Andere Forscher meinen jedoch, eine erfolgte Attribuierung erhöhe zwar die Inanspruchnahme, sie sei jedoch nicht notwendig im Prozess zur Hilfesuche (Kadushin 1969, Kessler et al. 1981).

Kadushin (1969) formuliert vier Stadien des Hilfesuchprozesses:

1. Die Problemerkennung; realisieren, dass ein emotionales Problem da ist.
2. Sein eigenes soziales Netzwerk konsultieren, also informelle Hilfe aufsuchen.
3. Die Art der professionellen Hilfe auswählen, sei dies der Allgemeinarzt, das spezialisierte Gesundheitssystem oder ein psychologischer oder ärztlicher Fachspezialist für Psychotherapie.
4. Einen spezifischen Praktiker oder eine bestimmte Klinik auswählen.

Kadushin (1969) gewichtet den Einfluss des sozialen Netzwerkes gross. In erster Linie sei dies der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung, jenachdem, wie das eigene private Netz mit den entsprechenden professionellen Einrichtungen verbunden sei.

Mechanic (1976) hingegen schlägt drei Stadien des Prozesses zur Hilfesuche vor:

1. Das Krankheitsstadium (the illness stage), während dem die Störung existiert und wahrgenommen wird.
2. Das Krankheitsverhalten-Stadium (the illness behavior stage), bei dem Attributionen zur Entstehung der Störung und verschiedene coping Versuche gemacht werden.
3. Das Hilfesuch-Stadium (the helpseeking stage), während dem das Individuum professionelle Hilfe aufsucht.

Kessler et al. (1981) haben bei einer Untersuchung über die Geschlechtsunterschiede¹⁰⁴ in der Morbidität und im Hilfesuchverhalten den Hilfesuchprozess in drei Stadien eingeteilt:

1. Das Individuum erkennt, dass sie oder er an einem emotionalen Problem leide.
2. Die Person denkt, dass psychiatrische Hilfe gebraucht wird, um das Problem lösen zu können.
3. Der Patient nimmt konkret Kontakt auf mit dem seelischen Gesundheitssystem.

Kessler et al. (1981) ermittelten, dass knapp ein Viertel der Personen, die beide Entscheidungen getroffen haben (d.h. das emotionale Problem erkennen und glauben, dass professionelle Hilfe adäquat wäre), eine psychotherapeutische Fachperson aufsuchten. Auch nach Garfield (1994) lässt sich keine befriedigende Erklärung finden, warum manche Personen sich zwar für eine Psychotherapie entscheiden, aber dann doch nicht zum Erstgespräch erscheinen. Die wirkliche Kontaktaufnahme zu einem professionellen Helfer scheine ein besonderer und spezifischer Schritt zu sein, der das Ende des hilfesuchenden Prozesses anzeige.

Saunders (1993) konzeptualisierte den Prozess der Psychotherapieaufnahme in vier Schritten:

1. Die Problemerkennung; realisieren, dass ein Problem da ist.
2. Die Entscheidung, dass Therapie helfen könnte.
3. Die Entscheidung, Therapie aufzusuchen.
6. Die Kontaktaufnahme mit dem seelischen Gesundheitssystem.

Er befragte mit dem PSTQ (Process of Seeking Therapy Questionnaire) 275 Personen über die empfundene Schwierigkeit und die Zeit, die sie für den gesamten Prozess der Hilfesuche

¹⁰⁴ Wie bereits unter Kapitel 2.3.4.3 erwähnt, zeigte sich nur im ersten dieser drei Stadien ein Geschlechtsunterschied; Frauen konnten unspezifische Gefühle von Stress eher als emotionale Probleme übersetzen als Männer.

gebraucht hatten und wer sie dabei unterstützt hätte. Die meisten Teilnehmer waren weiblich (73.5%) und hatten eine vorangegangene Psychotherapie (60%), ein Durchschnittsalter von 32 Jahren (zwischen 18 und 64 Jahren) und nahezu 90% zumindest einige Jahre Collegeausbildung.

Fast drei Viertel der Teilnehmer erklärten, das Problem bestünde seit mindestens einem Jahr. Der erste Schritt in diesem Prozess, zu realisieren, dass ein Problem vorliege, war der schwierigste und der längstdauernde. Die folgenden Schritte waren fortlaufend einfacher und wurden leichter ausgeführt¹⁰⁵.

Ebenso zeigen die Resultate von Saunders (1993), dass das soziale Netzwerk und Freunde wichtig sind beim Erkennen, dass ein seelisches Problem vorliegt, während die professionelle Konsultation bei der tatsächlichen Weiterweisung an einen Professionellen greift¹⁰⁶.

Auch Reinecker und Krauss (1994¹⁰⁷) meinen, der Weg zur Psychotherapie sei ein komplexer Prozess, der selten dem Idealfall entspreche, wegen Beschwerden eine Psychotherapie aufzusuchen, durchzuführen und „danach endgültig „geheilt“ zu sein“ (S. 39).

Sie formulierten ein Ablaufschema des vortherapeutischen Entscheidungsprozesses, welches 8 Stadien beinhaltet, die jedoch nicht linear durchlaufen werden müssen; es können Stadien übersprungen werden oder es sind Rückschleifen möglich:

1. Wahrnehmung des Problems,
2. Bewertung und Interpretation des Problems,
3. Entscheidung, nach Abhilfe zu suchen,
4. Bewertung und Interpretation des Problems,
5. Entscheidung für Laien-Hilfe,
6. Inanspruchnahme von Laien-Hilfe,
7. Entscheidung für professionelle Hilfe,
8. Inanspruchnahme professioneller Hilfe.

¹⁰⁵ Mehr als 50% bezeichneten den ersten Schritt als ziemlich hart und fast die Hälfte der Teilnehmer brauchten dafür ein Jahr oder noch mehr Zeit. Im Kontrast dazu bezeichneten 64% den letzten Schritt, einen Termin abzumachen, mindestens als ziemlich leicht und 60% machten innerhalb einer Woche nach der Entscheidung, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, einen Termin ab. 5% jedoch empfanden es als extrem hart, einen Termin abzumachen. Und 9,5% brauchten mehr als ein Jahr, um einen konkreten Termin abzumachen, obwohl sie sich bereits dazu entschieden hatten, Psychotherapie zu machen. Die besser Gebildeten benötigten signifikant länger, diesen ersten Schritt auszuführen, was im Widerspruch zu anderen Ergebnissen steht, wie im Kapitel Sozialstatus 2.3.4.2 besprochen wurde.

Keiner der Schritte in diesem Prozess wurde leicht oder schnell durchlaufen. Zudem zeigen die Resultate lineare Zusammenhänge zwischen dem subjektiv empfundenen Stress, diese Schritte zu unternehmen und der Schwere der Symptome. Jene, die es am meisten nötig gehabt hätten, hatten es am schwersten, in eine Psychotherapie zu gelangen.

¹⁰⁶ Zwischen 55% und 65% von den Studienteilnehmern sprachen mit anderen Personen über die ersten drei Schritte und 72% bekamen eine Empfehlung von jemandem für den vierten Schritt. Wen die Individuen konsultierten, variierte bei jedem Schritt: in den ersten drei Schritten, wenn sie entscheiden, ob ein Problem vorliege und ob sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen sollten, waren die meisten Quellen Familienmitglieder und Freunde (82%-93%). Beim vierten Schritt konsultierten fast zwei Drittel von jenen, die sich eine Empfehlung suchten, einen Professionellen, meist einen Hausarzt.

¹⁰⁷ 9 der 25 Interviewpartner folgten einer Empfehlung ihres Hausarztes, 8 richteten sich nach Hinweisen von Freunden oder Bekannten, 3 schauten selbst im Telefonbuch nach und 5 Probanden gaben verschiedene andere Strategien an. Die Reaktionen der behandelnden Allgemeinärzte (siehe auch Üstün und Sartorius 1995) schienen in vielen Fällen unangemessen und bei einem Drittel der Patienten fanden sich deutliche Hinweise auf eine Chronifizierung der Störung.

Reinecker und Krauss (1994) untersuchten 25 ehemalige Psychotherapiepatienten, die sie mittels eines Interviewleitfadens über die Bedeutung der Prozesse und Erfahrungen *vor* Beginn ihrer Psychotherapie befragten. Dabei fanden sie, dass die Anzahl der Arztbesuche vor Beginn einer Psychotherapie umso grösser war, je geringer das Wissen um die Möglichkeiten einer Psychotherapie war, je weniger soziale Kontakte zu Menschen bestanden, die in der psychosozialen Versorgung tätig waren und je negativer die Einstellung zu Psychotherapie und zu psychischen Problemen war.

Siegrist hat bereits 1984 ein Modell des Hilfesuchens entwickelt, in dem er vier Entscheidungsstufen unterscheidet: „Erstens die Entscheidung zu aktiver Weiterverfolgung mit der wahrscheinlichen Konsequenz der Selbstmedikation; zweitens die Entscheidung zur Mitteilung der Symptomerfahrung an signifikante andere; drittens die – häufig in der Bezugsgruppe gefällte – Entscheidung zur Aktivierung des Laiensystems; viertens die Entscheidung zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe (Arzt, Psychologe)“ (S. 122 – 123).

Noch klarer verwendet Siegrist 1995 den Begriff des Hilfesuchens, der die tatsächlichen Handlungsentscheidungen im Prozess der Krankheitsbewältigung betont und die Einengung auf Wahrnehmung und Reaktion auf Krankheitszeichen vermeidet. Sein Modell (Siegrist 1995, S. 204) enthält nun fünf Entscheidungsschritte:

1. Symptomwahrnehmung,
2. Verleugnung, Minimalisierung, Bagatellisierung oder Selbstmedikation,
3. Mitteilung an andere (Konsensbildung, sozialer Druck),
4. Zuweisung zu Laiensystem,
5. Zuweisung zu einem professionellen Zuweisungssystem.

Damit betont Siegrist (1995) die Abwehrreaktionen (Verleugnung, Minimalisierung, Bagatellisierung), die auf die Symptomwahrnehmung folgen können und nötige Handlungsentscheidungen verunmöglichen oder verzögern. Eine somatisierte Sichtweise psychischer Phänomene kann die Verleugnung unterstützen. Oft wird die psychische Seite einer somatisch manifestierten Störung auch vom Arzt nicht erkannt, weshalb psychische Probleme oft nur somatisch behandelt werden, wobei sowohl Patient wie auch Arzt die physische Diagnose mit der entsprechenden Behandlung akzeptieren und einer Psychotherapie vorziehen (Ollert 1995). Die folgenden Schritte der Mitteilung an andere, Zuweisung zum Laien- und erst dann zu einem professionellen System folgen den bereits von Mechanic (1976) beschriebenen Variablen.

Auch Siegrist (1995) gewichtet die Rolle der Vertrauten gross: einerseits nähmen sie die Symptome, gerade bei Störungen, die die Selbstwahrnehmung und Selbstbeurteilung beeinträchtigen, schneller wahr als die Betroffenen, andererseits könne der Schritt der Betroffenen zur Mitteilung der Erfahrung einer psychischen Störung die Suche nach Hilfe beschleunigen, weil sozialer Druck (auch Krause Jacob 1992) von den anderen ausgeübt werden könne (Siegrist 1995, S. 205). Zudem breite sich bewährte Unterstützung bei psychischen Störungen häufig entlang sozialer Netze aus, je nach deren Beschaffenheit würden professionelle Anbieter als mehr oder weniger nahe liegende Adressaten betrachtet (ebda, S. 205).

2.4.1.2 Die dynamische Sichtweise der Hilfesuche als Entscheidungsprozess

Verschiedene Autoren bevorzugen im Gegensatz zu formulierten Stadien eine dynamische Sichtweise des Prozesses zur Psychotherapie. So betrachtet Nadler (1991) den Hilfesuchprozess nicht dichotomisch, als Hilfesuchverhalten versus Nichthilfesuchverhalten, sondern als einen dynamischen und komplexen Prozess, welcher sich erst mit der Zeit enthülle. Manches Verlangen nach Hilfe sei verkleidet und verhüllt, während anderes direkt sei. Schliesslich sei die Entscheidung, keine Hilfe zu suchen, vieldeutig. Sie könne Hilflosigkeit wie Passivität bedeuten, aber auch die Entscheidung, sich mehr auf die Selbsthilfe zu konzentrieren. Obwohl beide Gründe zum selben Resultat der Nichtinanspruchnahme führten, repräsentierten sie ganz verschiedene Motive.

Diesen komplexen Prozess der Hilfsuche verstehen zu können, verlange nach einer dynamischen und differenzierten Sicht des Hilfesuchprozesses (Nadler 1991). Auch Schneider (1990) fordert „den prozesshaften Verlauf der Therapiemotivation in Rechnung zu stellen, der von persönlichkeitspezifischen Charakteristika und Einstellungsmustern, individuellen Krankheitskonzepten und den konkreten Erfahrungen des Patienten mit Behandlungsangeboten und den konkreten Bedingungen der therapeutischen Kontaktaufnahme abhängt“ (S. 196).

Nach Strauss (2000) sind Indikationsentscheidungen zur Psychotherapie das Resultat komplexer Aushandlungsprozesse. Wie bei der Diagnosestellung für psychische Störungen seien andere Indikationsmodelle nötig als beispielsweise für die Medizin. Entsprechend dem Unterschied zwischen Bedürfnis und Bedarf kovariere die Motivation zur Psychotherapie nur begrenzt mit der Indikation zur Psychotherapie.

Auch nach Seidenstücker und Roth (1998) sind die Selektionsprozesse der Patienten im Vorfeld einer Psychotherapieaufnahme selten untersucht worden. Nur wenige Patienten könnten die ideale Route zu einer Psychotherapie nehmen: ein Klient werden, in eine Psychotherapie eintreten und sie erfolgreich abschliessen.

Die zuerst gewählten Hilfsmassnahmen (coping-Versuche, Hilfe vom sozialen Umfeld, Kontakt mit Selbsthilfegruppen, oder Psychotherapie) würden determiniert von der Persönlichkeit des Patienten, der sozialen Umgebung, und verschiedenen halbprofessionellen Berufsgruppen (Ärzte ohne psychotherapeutische Qualifikationen, Sozialarbeiter, Lehrer, Pfarrer).

Für die Patienten hätten organische oder psychologische Interpretationen ihrer Probleme wie auch Kenntnisse und Einstellung der professionellen Psychotherapie gegenüber die grösste Bedeutung. Aber selbst wenn der Patient es geschafft habe, eine psychotherapeutische Institution in Anspruch zu nehmen und Patient und Therapeut sich einig würden, dass Psychotherapie ein angemessenes Verfahren wäre: „treatment is dependent upon other factors such as the availability of the therapist and financing“ (S. 4).

Seidenstücker und Roth (ebda) betonen die Komplexität der verschiedenen Entscheidungen zu einer Psychotherapieindikation, wobei der Verlauf der Indikationsentscheidungen von den Entscheidungen des Patienten, wie auch von den Entscheidungen der Halbprofessionellen und professionellen Fachleuten abhängig sei.

Auch Kächele und Kordy (1996) sehen den Zugang, die Realisierung, den Verlauf und schliesslich das Ergebnis einer Psychotherapie als Folgen „sozialer Aushandlungsprozesse“ (S. 352) und die Indikation zur Psychotherapie als Entscheidungsprozess. Dies äussere sich in der unübersehbaren Diskrepanz zwischen der epidemiologisch eingeschätzten Prävalenz seelischer Erkrankungen und der tatsächlichen Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen

Behandlung. Weil der Weg in die Psychotherapie mit vielen Entscheidungen von den mittel- und unmittelbar Betroffenen einhergehe, vergehe oft zu viel Zeit, bis eine psychotherapeutische Behandlung tatsächlich begonnen werde.

Kessler (2000a) fügt an: „Given the stigma associated with mental illness, it is reasonable to assume that most people will work their way through many, if not all, of these strategies before seeking help from a mental health professional“ (S. 471).

Ebenso betonen Meadows et al. (2000) den Aspekt der Entscheidungsfähigkeit. Personen, die Hilfe suchen, seien nicht passive Empfänger von expertendefinierten Ratschlägen, sondern aktive Entscheidungsträger in ihrem Leben. Sie würden eine partnerschaftliche Auseinandersetzung mit ihren Problemen suchen, in der sie sich möglichst autonom bewegen können. Während früher Patienten mit psychischen Störungen als weitgehend passive Hilfsempfänger angesehen wurden, seien die Patienten von heute Klienten, die sich aktiv¹⁰⁸ entscheiden würden, Konsumenten einer Dienstleistung zu werden oder eben nicht.

Bereits in den 60-er Jahren wurde die Entscheidung zu einer medizinischen Behandlung verschieden erklärt. Zola (1966) hat nach einer Literaturübersicht über das häufige Vorkommen körperlicher Erkrankungen festgestellt, „that the empirical reality may be that illness, defined as the presence of clinically serious signs, is the statistical norm. Given that the prevalence of abnormalities is so high, the rate of acknowledgment so low, and the decision to seek aid unrelated to objective seriousness and discomfort, it is suggested that a socially conditioned selective process may be operating in what is brought in for medical treatment“ (S. 615¹⁰⁹).

Dieser Sichtweise einer sozial bedingten Selektion als wichtiger Umstand der Entscheidung zur Psychotherapie widerspricht Rosenstock (1966) mit dem Hinweis auf die unbewussten Komponenten, welche sich in der Ambivalenz¹¹⁰ niederschlagen, die sich auch in der Versorgungslücke für Menschen mit psychischen Störungen zeigt.

Auch Schepank (1996) nennt als letzte von sieben lebenswichtigen Entscheidungen diejenige zur Aufnahme einer psychologischen Therapie, oder im anderen Extrem die Entscheidung zum Suizid. „Dabei klingt der Ausdruck „Entscheidung“ rational, abwägend, bewusst. In Wirklichkeit handelt es sich um ein Phänomen sprunghafter qualitativer Änderung unter starkem Einfluss auch unbewusster, unreflektierter Motive“ (S. 222).

Diesem Umstand der unbewussten und unbekannten Widerstände, die sich zur Aufnahme einer Psychotherapie zeigen, kommt folgende Untersuchung entgegen. Zwar handelt sich die Frage um eine stationäre Behandlung, jedoch sind die Mechanismen vergleichbar zur Aufnahme einer ambulanten Therapie. Patienten können freiwillig die Entscheidung fällen, sich in stationäre psychiatrische Behandlung zu begeben oder werden durch andere wie die Poli-

¹⁰⁸ Diese Aktivität wirkt auch den Ängsten, die bei der Psychotherapieaufnahme entstehen können (Kushner und Sher 1989), entgegen.

¹⁰⁹ Zola (1966) erklärt diese sozialen Selektionsprozesse mit den unterschiedlichen kulturellen Gepflogenheiten der Wahrnehmung, Erklärung und Darstellung der inneren psychischen Vorgänge. So fand er bei einem Vergleich der geschilderten Beschwerden von Amerikanern irischer und italienischer Abstammung grosse Unterschiede bei den Berichten ihrer Schmerzen. Während Amerikaner irischer Abstammung sich auf unspezifische Schmerzen fokussierten (more like sand in my eye), waren die Berichte der Amerikaner italienischer Abstammung mit der gleichen Erkrankung scharf umrissen.

¹¹⁰ Bereits Rosenstock (1966) meinte, dass die Entscheidung einer Person für oder gegen einen Arztbesuch davon abhängt, welchen Nutzen sie sich vom Arzt verspricht und in welchem Verhältnis dazu die Kosten stehen würden. Aus dem bewussten und unbewussten Abwägen der Vorteile eines Arztbesuchs und der Barrieren, die ihm entgegenstehen, ergäben sich Handlungsmotive, die den Arztbesuch auch verhindern können.

zei, Angehörige oder den behandelnden Psychiater oder Notfallarzt in eine Behandlung gezwungen.

Mit quantitativen und qualitativen Methoden untersuchten Pescosolido et al. (1998), auf welche Weise Patienten mit schweren psychischen Störungen in die stationäre psychiatrische Behandlung kamen. Anhand von Schilderungen der Patienten unterschieden sie drei Kategorien: „choice“ (S. 275), „coercion“ (S. 275) und „muddling through“¹¹¹ (S. 275). Weniger als die Hälfte (45,9%) der Untersuchten waren aufgrund einer eigenen Entscheidung zu Behandlung gekommen. 22,9 % gaben äusseren Zwang an und 31,2% erzählten die Geschichten ohne ein klares Agens, sie berichteten von einem sich durchwursteln. Diese Patienten konnten sich nicht selber entscheiden, wurden aber auch nicht deutlich mit Zwang eingeliefert; sie suchten keine Behandlung, verhinderten sie aber auch nicht.

Auch die folgende Untersuchung berücksichtigt den ambivalenten Umgang des Inanspruchnahmeverhaltens. Tansella und Micciolo (1998) evaluierten das Inanspruchnahmeverhalten von 1'056 Patienten von 1982 bis 1989 in einer gemeindenahen Poliklinik, welche neben der regulären geplanten Kontaktaufnahme auch ein ungeplantes, also ohne telefonische Voranmeldung erfolgtes und spontanes Gespräch zu einer Fachperson erlaubte. 36% der Inanspruchnehmenden wählten den ungeplanten Erstkontakt.

Zwei Jahre lang beobachteten die Autoren den Therapieverlauf nach dem Erstkontakt und kamen zum Ergebnis, dass gerade diese Menschen, welche ohne Voranmeldung zum ersten Gespräch kamen, deutlich häufiger geplante und ungeplante Fachhilfe in Anspruch und stationäre Aufenthalte brauchten, und sie waren häufiger verwitwet, getrennt oder geschieden, arbeitslos und diagnostiziert mit schweren psychischen Störungen. Sie brauchten eine besonders sorgfältige Aufmerksamkeit und benutzten die psychotherapeutischen Leistungen häufiger in den folgenden zwei Jahren.

2.4.2 Merkmale der Psychotherapie-Aufnahme

2.4.2.1 Barrieren zur Psychotherapieaufnahme

Als Erste formulierten Stefl und Prosperi (1985) die Barrieren, welche den Zugang zur Psychotherapie erschweren. Sie übernahmen ein für die medizinische Versorgung bereits übliches Modell von vier Gruppen von Barrieren. Diese sind:

1. Verfügbarkeit; nicht wissen, dass überhaupt Angebote verfügbar sind oder wo sie wären,
2. Zugänglichkeit; kein Transport möglich, niemand, der mitgehen könnte,
3. Akzeptanz; Angst, verachtet zu werden und Angst, was Freunde und Verwandte denken würden und
4. finanzielle Leistungsfähigkeit.

¹¹¹ Muddling through = sich durchwursteln (Langenscheidt 1970)

Die Ergebnisse ihrer Untersuchung¹¹² zeigen drei Trends:

1. Die Kostenfrage war klar bei allen Gruppen die grösste Barriere, nämlich 43,3% bei den Nicht-Inanspruchnehmenden, jedoch Bedürftigen und 38,5% bei den bedürftigen Inanspruchnehmenden. Dieser hohe Wert der finanziellen Barrieren impliziere, dass die Öffentlichkeit nicht ausreichend informiert sei, dass psychotherapeutische oder psychiatrische Leistungen auch zu erschwinglichen Preisen oder zu gar keinen Kosten bezogen werden könnten.
2. Die zweithöchste Rate war die der Verfügbarkeit, gefolgt von den Barrieren der Zugänglichkeit und der Akzeptanz. Paradox munde an, dass die tatsächlichen Psychotherapiegebraucher im letzten Jahr zu einer höheren Rate die Barrieren wahrgenommen hatten als die Nichtgebraucher. Vor allem die Barriere der Verfügbarkeit, also wissen, dass überhaupt Angebote vorhanden sind und wo sie sich befinden, wurde von Psychotherapiepatienten angegeben. Dies widerspiegle tatsächliche Erfahrungen und zeige nicht nur die Einstellungen der Betroffenen. Die Autoren weisen darauf hin, dass sie Unterschiede zwischen der Einstellung und tatsächlich gemachten Erfahrungen in ihrer Fragestellung nicht berücksichtigt hatten, dies jedoch bei weiteren Forschungsarbeiten in Rechnung gestellt werden müsste.
3. Ebenso war eine höhere Bedürftigkeit assoziiert mit höher wahrgenommenen Barrieren. Auch dies sei, gemäss den Autoren, ein paradoxes Ergebnis. Manche dieser Unterschiede, aber nicht alle, können auf diese zurückgeführt werden, die bedürftig waren und tatsächlich Hilfe in Anspruch genommen hatten. Diejenigen in der Versorgungslücke jedoch, die bedürftigen Nicht-Gebraucher, empfanden alle Barrieren stärker als die Gesamtbevölkerung, vor allem die Barriere der Akzeptanz, also die Angst vor Stigmatisierung. Daher hätten diejenigen in der Versorgungslücke besondere Aufmerksamkeit und Information nötig.

Leaf et al. (1987) und Leaf et al. (1988) untersuchten wahrgenommene Barrieren als Teil der Einstellung¹¹³. Zwar zeigte sich die Hälfte der Probanden positiv zur Psychotherapie eingestellt, weniger als 20% jedoch nahmen keine hindernden Barrieren wahr.

Als situationale Barrieren wurden fünf problematische Faktoren erfragt:

1. Unsicherheit, wohin zu gehen für eine Behandlung,
2. der Glaube, es würde zu viel kosten,
3. keine Versicherungsdeckung,
4. keine Zeit für eine Behandlung oder
5. Sprachschwierigkeiten.

Weniger als 17% der Probanden hatten keine Barriere erfahren. 29% berichteten von einer Barriere, 30% von zwei und 24% von drei oder mehr Barrieren.

¹¹² In einer Telefonumfrage wurden 2'138 zufällig ausgewählte Personen aus Ohio und Umgebung interviewt. Nach der Erfragung diagnostischer Items, wurden die Antwortenden in solche eingeteilt, die keinen psychotherapeutischen Bedarf zeigten (66,5%), solche, die präventive Behandlung nötig hätten (23,6%), solche, die ambulanter Psychotherapie bedürften (8,4%) und solche, die einen stationären Psychotherapiebedarf aufwiesen (1,6%). Insgesamt hatten nur 2,13% der Stichprobe im vergangenen Jahr entweder einen Psychiater oder Psychologen aufgesucht, meldeten sich bei einer psychiatrischen Poliklinik oder hatten eine Krisenhotline angerufen. 8,9% der Stichprobe wären nach den Autoren therapiebedürftig, nahmen aber keine solche in Anspruch und befanden sich somit im „service gap“ (S. 165) zwischen Bedarf und Gebrauch von Psychotherapie.

¹¹³ Die Einstellung zur Psychotherapie wurde erfragt, indem verschiedenen Behauptungen zugestimmt oder widersprochen werden konnte, beispielsweise, dass man nicht allein bleiben sollte mit seinen Problemen, oder dass Professionelle emotionale Probleme verstehen könnten, dass der Proband zu einem Professionellen über persönliche Probleme sprechen könnte, dass man für seelische Probleme Hilfe aufsuchen sollte, dass auch der Antwortende Hilfe aufsuchen würde, hätte er Probleme, und zwar auch wenn die Hilfe nicht grad in der Nähe wäre. 51% beantworteten alle Fragen positiv.

Als weitere Barriere, eine Behandlung aufzusuchen, nannten 25% der Befragten, dass sie glaubten, ihre Familie wäre beunruhigt, würden sie Hilfe aufsuchen. 53% glaubten, die meisten Hausärzte könnten helfen bei seelischen Problemen, und 29% glaubten, ein Pfarrer sei hilfreich bei emotionalen Problemen (Leaf et al. 1986).

Eine weitere Barriere zu einer psychotherapeutischen Behandlung sieht Ollert (1995, S. 94) die zwischen Arzt und Patient gemeinsam vorgezogene somatische Interpretation der psychischen Beschwerden und deren entsprechende Behandlung. Er sieht folgende Barrieren bei der Psychotherapie-Inanspruchnahme für untere soziale Schichten:

1. Selektion durch Allgemeinmediziner, die keine Psychotherapie, sondern vor allem bei den unteren sozialen Schichten eine medikamentöse Behandlung empfehlen,
2. die geografische Entfernung zum Therapieort und damit verbundene Fahrkosten,
3. Schwierigkeit der Versorgung von Kindern während der Therapiezeiten, vor allem für alleinerziehende Elternteile,
4. Unvereinbarkeit von Arbeits- und Therapiezeiten,
5. hohe Dropout-Rate im Vergleich zu höheren sozialen Schichten,
6. geringer Informationsstand über Psychotherapie und deren Nutzen,
7. geringe Identifikationsmöglichkeit der Unterschichtsklientel mit den der Mittelschicht zugehörigen Psychotherapeuten,
8. kulturelle Werte, die Problemlösen als Sache des Familien- oder Freundeskreis ansehen,
9. Kosten für eine Psychotherapie,
10. Stigmatisierung in Bezug auf psychische Probleme. (ebda S.92)

In einer neueren quantitativen Untersuchung zu Barrieren bei der Inanspruchnahme zur Psychotherapie mittels Fragebogen (546, Rücklaufquote 39%) österreichischer Patienten, die eine kostenlose, von der Versicherung bezahlten Psychotherapie in Anspruch nahmen, fand Spitzbart (2004) ähnliche Ergebnisse. Vor allem fand er Barrieren, die weniger institutionell, sondern vielmehr sozialer Natur sind wie die Angst, dass die Psychotherapie am Arbeitsplatz erkannt wird. Auch er betont die gegensätzliche Wirkung des sozialen Umfelds auf den Inanspruchnahmeprozess. Das soziale Umfeld informiert einerseits über eine mögliche Therapie und unterstützt die Betroffenen, kann aber andererseits auch als Hindernis bei der Inanspruchnahme erfahren werden, je nach Qualität der Beziehung. Vor allem enge soziale Beziehungen wie Freunde und Angehörige wurden als unterstützend wahrgenommen. Losere Kontakte wie beispielsweise in einem Arbeitsverhältnis hatten eher eine gegenteilige Wirkung.

Die Barrieren, die die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen erschweren, werden bis heute in Untersuchungen zum Inanspruchnahmeverhalten verwendet (z. B. Franz 1994, Kessler et al. 2001, Eichenberger 2001, Scheist 2003). Alledrings verändert sich das Gewicht der einzelnen Barrieren. Während früher die Kostenfrage zentral war, werden in neueren Untersuchungen die nicht sichtbar werdenden Barrieren der Akzeptanz erforscht (Spitzbart 2004, Schuster 2007).

So können die Kosten als realen Hinderungsgrund angegeben werden, um damit diffusere und unangenehmere Gefühle wie Angst, Stigma und Scham zu vermeiden. Die Untersuchung von Franz (1993) zeigte, dass die Motive der Psychotherapieablehner bei 24 Probanden zunächst sachlich-organisatorischer und finanzieller Art waren, bei nochmaliger Exploration stellten jedoch 16 Probanden eher Angstmotive in den Vordergrund.

2.4.2.2 Motive der Ablehner

Bei den Studien, die versuchten, Ablehnungsgründe von Psychotherapieverweigerern zu fassen, zeigte sich, dass von den Patienten vor allem Gründe der Autonomie und Unabhängigkeit angegeben wurden.

Während von Cube (1983¹¹⁴) Gründe fand, die häufig irrationalen Charakter hätten und auf tieferliegende Widerstände verweisen würden, etwa dass eine Behandlung zeitlich zu aufwändig wäre, oder nicht mehr nötig sei, fanden bereits Brähler und Brähler (1986¹¹⁵) das Motiv, die Probanden hätten so viel Anstösse durch das Beratungsgespräch bekommen, dass sie alleine damit weiterkommen würden. Auch Wells et al. (1994)¹¹⁶ fanden, dass der Zweifel über den Bedarf und der Glaube, stark genug zu sein, mit dem Problem allein fertig zu werden, als Ablehnungsmotiv angegeben wurden.

Zum gleichen Ergebnis kamen Kessler et al. (1997) in einer Vergleichsuntersuchung des Hilfesuchverhaltens von Patienten in Ontario und USA. Sie fanden den gleich niedrigen Anteil von Menschen mit psychischen Störungen, die professionelle Hilfe in Anspruch nahmen, obwohl die Kanadier im Gegensatz zu den Amerikanern aufgrund ihres Sozialversicherungssystems freien Zugang zu medikamentösen und psychotherapeutischen Leistungen haben. Die angegebenen Gründe der Psychotherapieablehner waren erneut: der Glaube, dass eine Behandlung nichts nützen würde, dass das Problem von selber wieder vorbeigehen würde und dass die Personen das Problem ohne fremde Hilfe meistern wollten.

Vier Jahre später haben Kessler et al. (2001) aufgrund der Daten der NCS wieder gefunden, dass weniger als 40% derjenigen, die im letzten Jahr vor der Untersuchung eine schwere psychische Störung aufwiesen, eine stabile psychotherapeutische Behandlung erfahren hatten. Die meisten derjenigen, die ohne Behandlung waren, meinten, sie hätten kein psychisches Problem und deshalb auch keine Behandlung nötig. Unter denjenigen, die ein psychisches

¹¹⁴ Von Cube (1983) hat folgende Gründe zur Ablehnung einer Psychotherapie gefunden:

18,9% gaben an, die Behandlung wäre zeitlich zu aufwändig, 12,3% meinten, dass eine Behandlung nicht mehr nötig sei, weil sich die Beschwerden gebessert hätten, weitere 12,3% gaben an, dass sie das Beratungsgespräch selber davon abgebracht habe. Der Autor wies darauf hin, dass die angegebenen Gründe häufig irrationalen Charakter hätten und tieferliegende Widerstände rationalisierten.

¹¹⁵ Brähler und Brähler (1986) fanden ähnliche Ablehnungsgründe einer Patientenstichprobe: 19,6% meinten, sie hätten durch das Beratungsgespräch genügend Anstösse bekommen, um alleine weiterzukommen, 15,2% sagten, eine Behandlung wäre nicht mehr nötig, da sich die Beschwerden gebessert hätten, 10% führten an, dass eine Behandlung aus finanziellen Gründen nicht möglich sei und weitere 10% meinten, das Beratungsgespräch selber hätte sie davon abgebracht. Im Gegensatz zu den meisten anderen Studienergebnissen bezüglich des Geschlechts, nahmen Männer in dieser Studie häufiger Psychotherapie in Anspruch als Frauen.

¹¹⁶ Wells et al. (1994) untersuchten das Inanspruchnahmeverhalten in den zwei Städten St. Louis in den USA und Christchurch in Neuseeland, welche nicht nur auf den zwei entgegengesetzten Seiten der Welt liegen, sondern auch unterschiedliche Gesundheitssysteme und eine unterschiedliche Bevölkerungsgrösse mit unterschiedlicher ethnischer Bevölkerungszusammensetzung aufweisen. Die Studienteilnehmer wurden mit verschiedenen Items gefragt, ob sie je psychotherapeutische Hilfe bekommen haben, welche Schwierigkeiten sie damit hatten, und ob sie Symptome von den 14 psychiatrischen Störungsbildern gemäss DSM-III zeigten. Die Häufigkeit, mit welcher die Teilnehmer berichteten, dass sie keine Hilfe beansprucht hätten und die Popularität der Gründe dazu waren in beiden Städten nahezu identisch. 9% bis 14% der repräsentativen Bevölkerungstichprobe gaben an, dass sie einmal oder öfters für seelische Störungen und Alkohol- oder Drogenprobleme keine Hilfe in Anspruch genommen hätten, auch wenn sie und ihre Familie meinten, dass es eigentlich nötig gewesen wäre.

Ein häufiger Grund zur Nicht-Inanspruchnahme war Zweifel über den Bedarf an der professionellen Hilfe; dies vor allem bei Personen mit Alkoholmissbrauchs-Störungen. Andere Gründe waren vor allem Einstellungsmotive, zum Beispiel der Glaube, sie müssten stark genug sein, selber mit den Problemen fertigwerden. Strukturelle Gründe wie Kosten, verfügbare Zeit und Reisedistanzen waren selten. Soziodemografische Faktoren hatten einen vernachlässigbaren Effekt auf das Hilfesuchverhalten (z. B. auch Eichenberger 2001).

Problem wahrgenommen hatten und ihr Bedürfnis erkannten, berichteten 52% von Situationsbarrieren, 46% von finanziellen Barrieren und 45% meinten, eine Behandlung wäre nicht wirksam, darum nähmen sie keine in Anspruch. Das häufigste Argument, keine Behandlung in Anspruch genommen zu haben (72%) oder die Behandlung verfrüht wieder abzubrechen (58%), war der Wunsch, das Problem aus eigenen Kräften, von sich selber aus, zu lösen.

Kessler et al. (2001) betonen zwar die Wichtigkeit der finanzielle Barrieren, folgern jedoch, dass diese allein nicht ausschlaggebend seien, um die Versorgungslücke zu aufrechtzuerhalten. Anstrengungen seien zu leisten, die Patienten in der Selbsterkennung des Behandlungsbedarfs zu unterstützen und ihnen eine Behandlung zu empfehlen.

Auch Eichenberger (2001)¹¹⁷ fand, dass die meisten Ablehner davon überzeugt waren, mit dem Problem allein fertig zu werden und ebenso fand Franz (1993)¹¹⁸ bei den Ablehnern ähnliche Gründe; geringe Einsicht in die Notwendigkeit und eine subjektiv ausreichenden Lebensbewältigung hielt die Probanden von einer Behandlung ab.

Auffällig ist der Wunsch der Ablehner, mit dem Problem allein fertig werden zu wollen. Dieser Wunsch deckt sich mit der bekannten Einsicht, dass die eigene Entscheidung zu einer Psychotherapie (Tschuschke 1998) ausschlaggebend ist. Je mehr der Patient von Fachleuten oder Angehörigen zu einer Psychotherapie gedrängt wird, desto grösser ist unter Umständen der Widerstand, sich einer Behandlung gegenüber compliant zu verhalten. Die psychoanalytische Erstgesprächsliteratur hat diesem Umstand besondere Bedeutung geschenkt (z. B. Argelander 1970, Eckstaedt 1992, Cremerius 1990).

¹¹⁷ Eichenberger (2001) untersuchte 168 Personen aus der Kohorte der Zürich-Studie mit Angststörungen und/oder depressiven Störungen zum Inanspruchnahmeverhalten, respektive zu den Ablehnungsgründen einer allfälligen Psychotherapie. Knapp die Hälfte der Personen hatten trotz Vorliegen von einigen Symptomen aus dem Bereich der Angst- und Depressionsstörungen gar nicht daran gedacht, solche Hilfe in Anspruch zu nehmen. 38% derjenigen, die die Diagnosekriterien erfüllten, gaben das selbe Motiv, nicht daran gedacht zu haben, an. Mit 79,1% waren die meisten der Ablehner davon überzeugt gewesen, mit dem Problem alleine fertig zu werden.

¹¹⁸ Franz (1993) hat aus einer Bevölkerungsstichprobe innerhalb des Mannheimer Kohortenprojekts (Schepank 1987, Schepank 1990, Schepank et al. 2000) Probanden über ihre Ablehnungsmotive eines indizierten Psychotherapieangebots untersucht. Hundert per Los ausgewählte Probanden konnten sich innerhalb eines Jahres für oder gegen eine Psychotherapie entscheiden. 9 (9%) Probanden nahmen dieses Angebot unmittelbar an, 20 lehnten es sofort und definitiv ab. Die 71 zögernden und unentschiedenen Probanden wurden in maximal fünf Gesprächen innerhalb dieses Jahres in allgemeiner Form noch einmal über Möglichkeiten und Ziele einer psychotherapeutischen Behandlung aufgeklärt. Nach dieser Motivierungsphase nahmen noch einmal 24 Probanden das Angebot an und 67 (34 Männer und 33 Frauen) lehnten endgültig ab. In diesen Motivierungsgesprächen zeichneten sich bei den Probanden, die das Angebot schliesslich ablehnten, bestimmte Argumentationsfiguren ab. Häufig angegebene Gründe waren eine geringe Einsicht in die Notwendigkeit einer solchen Behandlung, eine subjektiv ausreichende Lebensbewältigung, gering ausgeprägter Leidensdruck und Ängste vor sozialer Stigmatisierung. Zunächst jedoch befragten Franz (1993) die 67% endgültigen Therapieablehner, 56 (83,6%) waren bereit, telefonisch ihre Gründe zur Ablehnung anzugeben. 24 (42,8%) gaben spontan sachlich-organisatorische Gründe an wie zu wenig Zeit zu haben, Überschneidungen mit der Arbeitszeit, Transportprobleme, starke berufliche oder private Belastung oder Probleme mit der Krankenkasse zu haben. Der zweithäufigste Ablehnungsgrund war mit 21,4% der Probanden, dass eine Therapie nicht notwendig scheine.

Bei gezielter Exploration, unter Nennung der verschiedenen möglichen Ablehnungsgründe, sank die Zahl der Probanden, die ihre Ablehnung weiter sachlich-organisatorisch begründeten von 24 auf 9. Anstelle von sachlich-organisatorischen Gründen wurden mehr Ängste und eine negative Therapieeinstellung genannt. Konstant hingegen blieb die Zahl der Probanden, die ein Therapieangebot wegen fehlender Notwendigkeit ablehnten. Die Probanden, die sachlich-organisatorische Gründe angegeben hatten, hatten deutlich weniger Schulbildung und diese Probanden, die meinten, eine Psychotherapie sei nicht notwendig, waren klinisch nicht weniger beeinträchtigt als die anderen.

Franz (1994) schlägt vor, das Phänomen der Nichtinanspruchnahme indizierter Psychotherapie unter dem Aspekt des destruktiv-narzisstischen Agierens zu betrachten. Der destruktive Narzissmus sei eine schwere Störung mit (selbst)zerstörerischen Zügen, weil ein beschädigtes Selbst mithilfe von narzisstischen Fantasien und Illusionen (z. B. Allmacht, Unverwundbarkeit, unnahbare Grösse) versuche, sich zu restituieren. Der narzisstisch schwerer gestörte Patient fordere Nahrung unter „kategorischem Verzicht auf ein nährendes Objekt“ (S. 242).

Dementsprechend wird für ihn eine Erstgesprächssituation, die eine gewisse Psychotherapiemotivation impliziert, zu einem Konflikt, denn „das Erlebnis der Notwendigkeit therapeutischer Hilfe und der Umgang mit einem psychotherapeutischen Hilfsangebot stellen deshalb besonders für narzisstisch gestörte Patienten hochvulnerable Situationen dar, wodurch sich der prätherapeutische Annäherungsprozess nicht selten dramatisch und komplikationsbeladen gestaltet“ (S. 243)

Löffler-Stastka et al. (2003) fanden signifikante Prädiktoren für die Inanspruchnahme von Psychotherapie bei Patienten mit Borderline-Störungen; weibliches Geschlecht, ausgeprägte subjektive Wahrnehmung interpersoneller Probleme und ein negatives Selbstkonzept hinsichtlich der eigenen Fähigkeiten. Eine hohe reaktive Aggressionsbereitschaft, eine starke Selbstwirksamkeitsüberzeugung und hochgradige interpersonelle Probleme hingegen hatten prädiktiven Wert für eine Nicht-Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie. Diese Ergebnisse zeigen nach den Autoren die Wichtigkeit der Mechanismen von Destruktion, Bindung und Denkfähigkeit zu Beginn von Psychotherapieplanungsprozessen hin.

Freud (1905) hat diesbezüglich den Widerstand erwähnt, der ein zentraler Bestandteil der Psychotherapie ist. „Die Aufdeckung und Übersetzung des Unbewussten geht unter beständigem Widerstand von seiten des Kranken vor sich. Das Auftauchen dieses Unbewussten ist mit Unlust verbunden, und wegen dieser Unlust wird es von ihm immer wieder zurückgewiesen. In diesem Konflikt gelingt es Ihnen, den Kranken dazu zu bringen, dass er aus Motiven besserer Einsicht etwas akzeptiert, was er zufolge der automatischen Unlustregulierung bisher zurückgewiesen (verdrängt) hat, so haben Sie ein Stück Erziehungsarbeit geleistet. Es ist ja schon Erziehung, wenn sie einen Menschen, der nicht gern frühmorgens das Bett verlässt, dazu bewegen, es doch zu tun“ (S. 118). Damit erklärt Freud ein Motiv der Unlust, sich in Psychotherapie zu begeben mit einem ganz alltäglichen Vorfall des Aufstehens am Morgen.

2.4.2.3 Einstellung

Zur Aufnahme einer Psychotherapie gehören nach Argelander (1970) die Vorfeldphänomene, „die aus den Vorstellungen und Vorurteilen über seelische Erkrankungen und ihre Behandlung stammen“ (S. 37). Sie seien durch kulturelle und gesellschaftliche Meinungsbildungen und modische Schwankungen mitbestimmt. Je näher der Termin des Erstinterviews rücke, desto stärker würden diese Einflüsse wirken.

Nach Fischer und Good (1970) hat die Einstellung zu professionellen Helfern einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Hilfeeinrichtungen. Sie haben nach einer Faktorenanalyse vier Dimensionen gefunden, die wichtig zur Einstellung seien:

1. Die Wahrnehmung eines Bedürfnisses nach psychologischer Hilfe (auch Mechanic 1982).
2. Die Toleranz des Stigmas, welches mit psychiatrischer Hilfe verbunden ist (auch Franz 1994).
3. Die Offenheit, mit anderen über seine psychischen Probleme zu reden (auch Saunders 1993).
4. Die Fähigkeit, Vertrauen in die professionellen Helfer haben zu können. Je positiver die Einstellung in diesen vier Dimensionen hervortrete, desto eher könne die betreffende Person Hilfe aufsuchen (auch Nadler 1991).

Nicht enthalten in der Definition von Fischer und Good (ebda) ist die Informiertheit über psychische Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten. Studien zeigen, dass viele Menschen nur gering über psychotherapeutische Berufe informiert (Haberfellner 2000¹¹⁹, Haberfellner und Voracek 2004, Fäh 2002¹²⁰) und negativ eingestellt (Hessel et al. 2000¹²¹, Angermeyer et al. 1999¹²²) sind. Lauber et al. (2001) fanden, dass Laien die Möglichkeiten einer günstigen therapeutischen Beeinflussbarkeit oft unzutreffend gering einschätzen. Dazu werden Menschen mit psychischen Störungen häufig als selbstverantwortlich für ihre Störungen angesehen (Crisp et al. 2000, Lauber et al. 2002).

¹¹⁹ Haberfellner (2000) ersuchte 199 Patienten einer psychiatrischen Praxis, psychiatrische Kernkompetenzen (Diagnose, medikamentöse Behandlung, Psychotherapie) folgenden Berufsgruppen zuzuordnen: Psychotherapeut, Psychiater, Psychologe, Arzt und Lebensberater. Das Leistungsprofil unterschied sich bei den verschiedenen Berufsbildern, abgesehen von der Medikamentenverordnung, kaum; in Bezug auf den Psychotherapeuten waren 21% der Antworten falsch positiv (medikamentöse Behandlung) und 30% falsch negativ (Gesprächskompetenz). Weit auseinander gingen die Meinungen zur psychiatrischen Kompetenz der Ärzte. Für Laien sei es schwierig, zwischen den einzelnen „Psycho-berufen“ (S. 30) zu unterscheiden. Daher könne man nicht voraussetzen, dass alle Patienten, die sich in psychotherapeutische Behandlung begäben, wüssten, was sie erwartet. Haberfellner (ebda) fordert deshalb eine ausführliche Patienteninformation zu Beginn einer Psychotherapie. Aktuell bestätigten Haberfellner und Voracek (2004) diese Ergebnisse mit einer neuen Untersuchung mit 543 Patienten.

¹²⁰ Fäh (2002) hat in einer von den beiden gesamtschweizerischen Psychotherapeutenverbände SPV und FSP in Auftrag gegebenen repräsentativen Umfrage gefunden, dass der Kenntnisstand über das Angebot von Psychotherapeuten gering ist.

Mehr als 80% der Befragten glauben zu wissen, was ein Hausarzt, ein Psychiater, Astrologe, Physiotherapeut, Psychologe oder Psychotherapeut ist. Nur 34% jedoch konnten mindestens zwei korrekte Definitionsmerkmale für die Psychiater angeben, für die Psychologen waren es 17%, für die Psychotherapeuten nur 6%.

Etwa 40% der Befragten meinten, die Psychologen seien die kompetente Anlaufstelle für Angst, Depressionen und Süchte. Nur etwas über 20% gaben Psychotherapeuten als kompetente Anlaufstelle an. Nur ein Zehntel bis ein Fünftel der Befragten wusste, dass ein Psychotherapeut bei Angst, Depression, Süchten, kindlichen Verhaltensstörungen und Charakterproblemen die kompetente Fachperson ist. Fäh (ebda) folgert, dass die Aufklärung über das Berufsbild der Psychotherapeuten und deren Einsatzgebiet intensiviert werden müsse.

¹²¹ Hessel et al. (2000) stellen subjektive Angaben einer Bevölkerungsbefragung von 2'179 Personen im Alter von 16 bis 96 Jahren zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und zur Einstellung gegenüber psychosozialen Kompetenzen vor. Bei psychosozialen Problemen würden sich die Befragten in erster Linie an Familienangehörige (65%) wenden, gefolgt vom Hausarzt (49%) und von Freunden und Bekannten (49%), nur 35% würden sich an einen Psychiater oder Neurologen wenden und 36% würden einen Psychologen oder Psychotherapeuten aufsuchen. 38% bzw. 39% erklärten sogar, dass sie sich bestimmt nicht an eine solche Berufsgruppe wenden würden.

¹²² Auch Angermeyer et al. (1999), die 1'564 Personen in einem Telefoninterview befragten, berichteten, dass nach der öffentlichen Meinung Psychotherapeuten gut für die Behandlung schizophrener, aber nicht für die Behandlung depressiver Störungen seien. Für diese würden zuerst Familie und Freunde zur Unterstützung beigezogen, dann der Hausarzt. Determinanten der Hilfesuche waren die Problemdefinition, die Wahrnehmung der Gründe für den erfahrenen Stress, die antizipierte Prognose und Ressentiments gegenüber den Professionellen des seelischen Gesundheitssystems.

Förderlich zur positiven Einstellung scheinen bereits gemachte Therapieerfahrungen zu sein. Smith et al. (2002) fanden, dass die Einstellung zur Hilfesuche positiver bei jenen Personen war, die bereits einmal Hilfe erfahren hatten von Professionellen des seelischen Gesundheitssektors.

Auch Leaf et al. (1986) fanden, dass die Einstellung das Inanspruchnahmeverhalten beeinflusste, je nachdem, ob eine Person kürzlich eine DSM-Diagnose erhalten hatte oder nicht, und ob die Person weiblich oder männlich war. Personen mit einer Diagnose nahmen fünfmal häufiger eine Behandlung in Anspruch als solche ohne Diagnose.

Diejenigen, die keine Behandlung brauchten, zeigten keinen Geschlechtsunterschied in der Inanspruchnahme. Bei den Bedürftigen jedoch zeigte sich, dass die Einstellung nur auf die Frauen einen Einfluss hatte. Frauen berichteten über 1,5 mal mehr als Männer, sich behandeln zu lassen.

In Übereinstimmung mit Kessler et al. (1981) fanden Leaf et al. (1986), dass Frauen eher Symptome wahrnehmen und das Bedürfnis nach Hilfe erkennen können, während Männer eine Behandlung verspätet aufsuchen, weil sie den eigenen Bedarf nicht erkennen können.

Leaf et al. (1986) erhielten 51% positive Antworten bei der Befragung zur Einstellung zu psychotherapeutischen Behandlungen. Nur 17% jedoch nahmen keine Barrieren wahr und knapp ein Viertel hatte Angst, ihre Familie wäre beunruhigt oder irritiert, würde sie von einer allfälligen Therapie erfahren.

Während zunächst die wahrgenommenen Barrieren keinen Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten zeigte, nahmen diese Personen mit einer positiven Einstellung und diejenigen, die dachten, ihre Familien wären nicht beleidigt, deutlich häufiger eine Behandlung in Anspruch. Wurden jedoch Geschlecht und Bedarf in Rechnung gestellt, hatte die Wahrnehmung der Barrieren die grösste Wirkung auf das Nichtinanspruchnahmeverhalten, gefolgt von der Sorge, die eigene Familie wäre beunruhigt. Leaf et al. (ebda) betonen das Stigma, das mit der Sorge, was die Familie denken würde, sichtbar würde.

Auch ein Jahr später fanden Leaf et al. (1987), dass trotz der überwiegend guten Einstellung zu Einrichtungen des seelischen Gesundheitssystems verschiedene Barrieren die Inanspruchnahme verhinderten. Personen mit den kleinsten Einkommen oder der geringsten Bildung nahmen trotz ihres hohen Bedarfs wenig Hilfe in Anspruch. Sie nahmen die finanziellen Barrieren am meisten wahr und waren am sensitivsten gegenüber den Reaktionen von anderen. Diese hätten eine Behandlung am meisten nötig, benutzten sie jedoch am wenigsten. Zum gleichen Ergebnis, dass diejenigen, die am meisten in Not sind, am wenigsten bekommen, kamen auch aktuellere Studien (Vessey und Howard (1993).

In der Untersuchung von Reinecker und Krauss (1994) schilderten mehr als die Hälfte der Patienten mit vielen Arztkontakten die eigenen psychischen Probleme und eine allfällige Psychotherapie mit einer abwertenden und ablehnenden Haltung. Die Personen mit wenig Arztkontakten zeigten hingegen eine neutrale oder positive Einstellungen gegenüber Psychotherapie und psychischen Problemen.

Zeldow und Greenberg (1980) untersuchten in den USA 36 Studenten und 46 Studentinnen im Alter von 21 Jahren. Sie führten ein einstündiges, strukturiertes Interview zur Frage durch, wie die Probanden medizinische und psychologische Hilfe in Anspruch nahmen. Diese teilten

sie, operationalisiert durch einen Test zur Einstellung von Frauen, in Liberale und Traditionelle ein.

Dabei zeigten sich die Liberalen bereiter, professionelle psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sie blieben länger in Psychotherapie und hatten eine negativere Einstellung gegenüber Ärzten als die Konservativen. Diese zeigten zwar eine positive Einstellung zur Hilfesuche bei psychologischen Professionellen, nahmen jedoch eher ärztliche Hilfe in Anspruch und gingen seltener zu einem Psychotherapeuten.

Die Autoren folgern, Besuche bei Ärzten und die Übernahme der Krankenrolle bedrohe eher die Autonomie der Liberalen, während die Konservativen eher die Aussicht auf einen befriedigenden Schutz brauchen würden. Einen Psychotherapeuten aufzusuchen, der eher eine partnerschaftliche Zusammenarbeit anbiete, bedrohe die Liberalen nicht, frustriere jedoch die Schutzbedürfnisse der Konservativen. Dies erkläre die Diskrepanz zwischen der Haltung und dem tatsächlichen Inanspruchnahmeverhalten psychotherapeutischer Leistungen der Konservativen, ihren grösseren Zugang und ihre Vorliebe zu Ärzten, und die Vorliebe der Liberalen gegenüber Psychotherapien und deren längere Nutzung.

Damit betonen Zeldow und Greenberg (ebda) die Rolle der unterschiedlichen Bedürfnisse nach Schutz beziehungsweise nach Autonomie, zwei Faktoren, welche beim Hilfesuchverhalten zentral seien.

Brody (1993) untersuchte an 150 amerikanischen 20-jährigen Studenten den Zusammenhang von Stress, Symptomen einer Depression und der Offenheit zur Psychotherapienutzung mittels verschiedener Fragebögen. Die Resultate zeigen trotz höherer Depressionssymptome bei traditionellen Studenten einen stark negativen Zusammenhang zwischen traditioneller Ideologie, Einstellung sowie Psychotherapienutzung. Kritische Lebensereignisse, Symptome der Depression und religiöses Verhalten hatten weder Einfluss auf die Einstellung noch zum Gebrauch von Psychotherapie.

Rössler et al. (1996b) verglichen die Einstellung gegenüber psychisch Kranken von Medizinstudenten als zukünftige Schlüsselpersonen zur Meinungsbildung mit der Allgemeinbevölkerung. Der Vergleich ergab, daß Medizinstudenten keine positivere Einstellung gegenüber psychisch Kranken aufweisen und sogar in manchen Teilbereichen psychisch Kranke mehr ablehnen als die Allgemeinbevölkerung. Effekte des Unterrichts im Hinblick auf eine Einstellungsänderung konnten nicht festgestellt werden.

Siegrist (1995) zeigte dazu, dass mit zunehmendem Eingebundensein in den Medizinbetrieb ärztliche Ideale zu schwinden scheinen. Während noch 82% der Medizinstudenten eine vollständige Aufklärung hinsichtlich der Diagnose befürworteten, taten dies nur noch 47% der Ärzte. Auch hinsichtlich der Prognose bevorzugten 32% der Studenten eine Aufklärung, jedoch nur 13% der Ärzte.

Jorm et al. (2000) untersuchten die Einstellung zu und das öffentliche Wissen über psychische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung in drei repräsentativen Studien in Australien, Österreich und Deutschland. Anhand des Berichtes einer kleiner Fallvignette eines psychotischen Patienten erforschten sie die Einstellung zu Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Sie folgern zusammenfassend, die öffentliche Meinung glaube, dass psychische Erkrankungen erfolgreich behandelt werden könnten, und zwar eher durch Psychotherapie oder alternative Therapien als durch pharmakologische Therapien, gegenüber denen das Publikum nega-

tiver eingestellt sei. Ebenso haben sie eine weitreichende Stigmatisierung gegenüber Menschen mit psychischen Störungen ausgemacht. Obwohl Alter, Bildung und Kontakt mit Menschen mit psychischen Störungen die Einstellungen beeinflusse, sei der Effekt klein.

Zur Verbesserung der Diskrepanz zwischen öffentlicher und professioneller Meinung, welche auch zum schlechten Inanspruchnahmeverhalten der vorhandenen Behandlungen gegenüber psychischen Störungen beitrage, schlagen Jorm et al. (ebda) vor, die professionellen Meinungen und Überzeugungen vermehrt publik zu machen. Am besten funktioniere dies bereits heute in Australien. Dort würden junge Professionelle mit grösserem Erfolg als ältere Professionelle eine weitergefasste Haltung vertreten, was wirksame Therapien seien. Bayer et al. (1997) allerdings haben festgestellt, dass in Australien die Meinung verbreitet sei, „that mental health professionals are not actually able to provide a great deal of help or support for people’s difficulties“ (S. 504).

Eine negative Einstellung erschwert zwar den Zugang zur Psychotherapie, hat jedoch für den Verlauf der Psychotherapie „eine recht geringe Bedeutung; sein (des Patienten d.V.) vorläufiges Zutrauen oder Misstrauen kommt gegen die inneren Widerstände, welche die Neurose verankern, kaum in Betracht. Die Vertrauensseligkeit des Patienten macht ja den ersten Verkehr mit ihm recht angenehm; man dankt ihm für sie, bereitet ihn aber darauf vor, dass seine günstige Voreingenommenheit an der ersten in der Behandlung auftauchenden Schwierigkeit zerschellen wird. Dem Skeptiker sagt man, dass die Analyse kein Vertrauen braucht, dass er so kritisch und misstrauisch sein sein dürfe, als ihm beliebt...“ (Freud 1913, S. 186).

Freud fügt an, dass selbst derjenige, „der sehr wohl befähigt ist, die Psychoanalyse an anderen auszuüben, sich benehmen kann wie ein anderer Sterblicher und die intensivsten Widerstände zu produzieren imstande ist, sobald er selbst zum Objekt der Psychoanalyse gemacht wird“ (ebda). Dies geht einher mit der Feststellung, dass nicht nur Patienten, sondern auch Professionelle eine anhaltend negative Einstellung psychischen Vorgängen gegenüber zeigen (Lauber et al. 2006a).

2.4.2.4 Leidensdruck

Nach Tschuschke (1998) ist der Leidensdruck das Leidensgefühl, das man subjektiv zu einer bestimmten Zeit aufgrund der gegebenen Beschwerden empfinde und das unvergleichlich schlimmer als sonst auftrete. Der Betreffende wisse sich nicht mehr zu helfen und sehe keinen Ausweg mehr. Dieses Gefühl könne nur der Betroffene selbst empfinden, also könne auch nur er allein beurteilen, ob es sich um eine aussergewöhnliche Belastung handle. Dieser Beschwerdezustand sei eine gute Voraussetzung für den Psychotherapiebeginn und würde gute Erfolgsaussichten für eine psychotherapeutische Behandlung mit sich bringen.

Die Wahrnehmung des Leidensdrucks geschieht jedoch nicht selbstverständlich. Die bekannte Unterscheidung von Freud¹²³ zwischen neurotischem Elend und gewöhnlichem Unglück ist

¹²³ Freud (1895) beantwortet die Frage einer Patientin betreffend des Nutzens der kathartischen Methode: „Ich zweifle ja nicht, dass es dem Schicksal leichter fallen müsste als mir, Ihr Leiden zu beheben; aber Sie werden sich überzeugen, dass viel damit gewonnen ist, wenn es uns gelingt, Ihr hysterisches Elend in gemeines Unglück zu verwandeln. Gegen das letztere werden Sie sich mit einem wiedergelesenen Seelenleben besser zur Wehr setzen können“ (S. 97).

für den Betroffenen vor einer Psychotherapie manchmal gerade nicht differenzierbar, sondern erst Ergebnis einer gelingenden Psychotherapie. Franz (1997a) betont die psychopathologischen Schwierigkeiten der Patienten, es sei nicht selbstverständlich, dass „in konflikthaften Beziehungen erkrankte oder in ihrem Selbstwertgefühl beschädigte Menschen den Weg in eine anfangs unklare und zumeist mit traumatischen Projektionen aufgeladene Beziehung finden“ (S. 9). Der Patient werde jedoch allein gelassen mit seinem Konflikt der Psychotherapiemotivation und müsse die Leistung zu dessen Überwindung allein erbringen. Daher ebne eher der „Leistungsdruck“ und weniger der Leidensdruck für die Patienten den Weg in eine Psychotherapie.

Auch Blankenburg (1981) weist auf die notwendige Unterstützung des Therapeuten für den Prozess der Therapieaufnahme hin. In einem Erstgespräch müsse „die Freilegung eines echten Leidensdrucks“ (S. 636) geschehen. Dies sei nicht nur Aufgabe des Patienten, der mit seinen Ängsten und Wünschen beschäftigt sei, sondern müsse vom Psychotherapeuten initiiert werden. Wilke und Grande (1991) reden von einem Prozess des Aushandelns von Krankheitskonzepten, der im Erstgespräch geschehe, welches im übrigen „das Diagnoseinstrument schlechthin“ (S. 178) sei.

Einige Autoren sind sich einig (z. B. Freud 1895, Tschuschke 1998, Herschbach 1995), dass das Ausmass des Leidensdrucks und die Stärke der psychopathologischen Symptome (Mechanic 1976, Leaf et al. 1985, Leaf et al. 1988, Shapiro et al. 1984, Saunders 1993, Lefebvre et al. 1998¹²⁴) entscheidend sind, ob jemand für sich eine Psychotherapieaufnahme erwägt, und ob eine psychotherapeutische Behandlung wirken kann¹²⁵. Zieht der Patient jedoch mehr Nutzen als Leiden aus seiner Symptomatik, etwa durch den Krankheitsgewinn (Freud 1913) wird er sich kaum für eine Psychotherapie entscheiden können (Rosenstock 1966, Henderson 2000, Kessler 2000a).

So konnten Leaf et al. bereits 1985 zeigen, dass knapp die Hälfte aller Besuche bei Professionellen des seelischen Gesundheitssystems von Personen ohne kürzliche DSM/DIS Störung erfolgten. Und Eichenberger (2001) fand mit den Daten der Zürichstudie, dass die Gesamtzahl der Symptome und das subjektiv erlebte Leid weniger ausschlaggebend zur Psychotherapieaufnahme waren. Prädiktoren zur Psychotherapieaufnahme waren vielmehr bereits gemachte Therapieerfahrungen, mit einer Partnerin oder einem Partner zusammenzuleben, sich hoffnungslos zu fühlen und sich unbegründet Selbstvorwürfe zu machen.

¹²⁴ Lefebvre et al. (1998) untersuchten das Inanspruchnahmeverhalten für psychotherapeutische Leistungen in Kanada. Sie befragten am Telefon 893 zufällig ausgewählte Einwohner Montreals bezüglich ihres Inanspruchnahmeverhaltens und schätzten mittels eines diagnostischen Interviews eine DSM-III-R-Diagnose. 12,8% aller Befragten nahmen eine psychotherapeutische Leistung im vergangenen Jahr in Anspruch. Allgemeinärzte und Psychiater, deren Leistungen von der Krankenkasse voll übernommen werden, wurden von 4,1% resp. 2,0% konsultiert. Psychologen, deren Leistungen selber bezahlt werden müssen, wurden von 3,4% konsultiert. Der höchste Anteil der Inanspruchnehmenden, 48%, waren diejenigen mit komorbiden Störungen, die sowohl eine lifetime-Diagnose als auch eine aktuelle Diagnose hatten. Die Wahl des Behandlers war ebenso an die Art der Störung geknüpft; während Personen mit aktuellen und komorbiden Störungen den Allgemeinarzt bevorzugten, favorisierten Personen mit lifetime-Störungen und solche mit lifetime- und aktuellen Störungen spezialisierte¹²⁴ Hilfe.

42% derjenigen, die eine Diagnose bekommen hatten, nahmen solche Leistungen in Anspruch. Dabei zeigte sich, dass wie in anderen Studien die Selbstwahrnehmung der seelischen Gesundheit, Geschlecht und verheirateter Status mit der Inanspruchnahme zusammenhing, Alter und Einstellung hingegen, im Gegensatz zu anderen Studien, keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme zeigte.

¹²⁵ „Der nächste Motor der Therapie ist das Leiden des Patienten und sein daraus entspringender Heilungswunsch“ (Freud 1913, S. 202).

Auch Scheidt et al. (2003) haben gefunden, dass die psychiatrische Diagnose und der Schweregrad der Symptomatik nur wenig zu den Behandlungsentscheidungen beitrugen, ausschlaggebend war die Motivation der Patienten.

Der Leidensdruck ist nicht selbstverständlich vorhanden, sondern benötigt oft die Hilfe des Therapeuten (Blankenburg 1981, Franz 1997) um überhaupt wahrgenommen zu werden. Dazu ist der Leidensdruck nur eines der Motive, die die Entscheidung zur Psychotherapie beeinflussen.

2.4.2.5 Kritische Lebensereignisse

Schepank (1990) fand eine Häufung kritischer Lebensereignisse bei Personen mit psychischen Störungen. Phillips und Murrell (1994) verglichen zwei Gruppen von 120 über 55-Jährigen, von denen eine Gruppe professionelle Hilfe in Anspruch, die andere Gruppe keine Hilfe in Anspruch nahmen; signifikant mehr Hilfesuchende als Nichthilfesuchende verzeichneten im Vorfeld stressige Lebensereignisse wie einen Trauerfall, einen sozialen oder ökonomischen Verlust oder eine neue medizinische Erkrankung.

Auch Franz (1994) hat eine deutliche Häufung kritischer Lebensereignisse im Vorfeld der Psychotherapieaufnahme gefunden. Die Angabe einer stärkeren Belastung durch akute Lebensereignisse lasse sich psychodynamisch als Kränkungsschutz verstehen; denn das Angebot einer Psychotherapie könne nicht nur als Hilfsangebot, sondern auch als Kränkung (auch Nübling 1992) verstanden werden. Patienten, die sich mit einer allfälligen Psychotherapie auseinandersetzen, seien gezwungen, ihre eigenen Konfliktbewältigungsressourcen als ungenügend einzuschätzen und sich als hilfsbedürftig zu definieren. Dies relativiere die eigene Souveränität in zentralen und identitätsnahen Persönlichkeitsbereichen und könne daher als kränkend erlebt werden. „Die Kompensation dieser Kränkung durch externale Attributierungsmöglichkeiten der Therapiebedürftigkeit scheint für den motivationalen Prozess im Vorfeld einer Psychotherapie eine eminent wichtige Rolle zu spielen“ (S. 254).

Nicht immer jedoch sind Lebensereignisse die auslösenden Faktoren. König (1994) bezeichnet die auslösende Situation als die Lebenssituation eines Patienten, in der eine Symptomatik das erste Mal oder nach einer Pause erneut auftritt. Diese habe für das Verständnis der Psychosomatik eine herausragende Bedeutung. „Allgemein kann man sagen, dass die auslösende Situation zur bereitliegenden Neurosendisposition des Patienten passt wie der Schlüssel zum Schloss“ (S. 48).

Die Bedeutung der auslösenden Situationen für das Erkennen, Beurteilen und Behandeln von Psychoneurosen werde jedoch heutzutage unterschätzt, „wegen der hohen Prävalenz diffuser Charaktersymptomatiken auf der Basis von Frühstörungen in der Inanspruchnahmeklientel aus der Mittelschicht, auf die sich die Aufmerksamkeit vieler Therapeuten heute bevorzugt richtet“ (S. 50). Oft sei eine auslösende Situation gar nicht auszumachen, da es sich um eine seit der Kindheit persistierende Symptomatik handle.

Brody (1993) hingegen fand keinen Einfluss von kritischen Lebensereignissen auf Einstellung und Psychotherapie-Inanspruchnahme, seine Probanden waren allerdings 20-jährige Studenten, die depressive Symptome zeigten (Kap. 2.4.4.3).

2.4.2.6 Psychotherapiemotivation oder Compliance respektive Non-Compliance

In der somatischen Medizin¹²⁶ ist das Phänomen der Nicht-Befolgung ärztlicher Anordnungen, also der Non-Compliance, seit jeher gut bekannt (z. B. Zola 1966, Cramer und Rosenbeck 1998, Buchholz 2002a). So beeindruckten beispielsweise die Diabetespatienten¹²⁷. Nach Meichenbaum und Turk (1994) berücksichtigen „nur 7% ausreichend alle Schritte, die für eine notwendige Kontrolle ihrer Krankheit notwendig sind, 80% der Diabetiker nehmen das Insulin nicht korrekt ein, 73% befolgen ihre Diät nicht, 50% befassen sich wenig um passende Ernährung – und 45% kontrollieren ihren Blutzuckerspiegel nicht ausreichend“ (S. 20).

Auch im psychosozialen Bereich fanden die gleichen Autoren nach einer Literaturübersicht zur Häufigkeit der mangelnden Therapiemotivation, in Abhängigkeit der jeweiligen Untersuchung, Angaben, die zwischen 4% und 92% variieren, wobei die Streuung von 30% bis 60% dominiert. Rund 20% bis 50% der Patienten versäumten ihre Termine, wobei die Anzahl der eingehaltenen Termine höher war, wenn die Patienten diese selbst eingeleitet hatten. Ähnlich dazu fanden Cramer und Rosenbeck (1998) in einer Metaanalyse von 24 Studien, dass Personen mit psychischen Störungen in einem Range von 24% bis 96%, durchschnittlich zu 54% fachspezifische Anordnungen befolgen.

Dieses Phänomen der häufigen Non-Compliance, die in einem Kontinuum zwischen gar keiner Behandlungsaufnahme und der milden bis schweren Zuwiderhandlung verläuft, wird zwar seit langem festgestellt, bis heute jedoch nicht hinreichend geklärt. Vielmehr hinterlässt es Ratlosigkeit (Buchholz 2002a).

Bezüglich einer psychotherapeutischen Behandlung erfolgt die Non-Compliance erstens in der meist stattfindenden Nicht-Inanspruchnahme, zweitens in leichten Verletzungen des Settings wie beispielsweise Zuspätkommen, drittens zeigt sich eine Form der Non-Compliance auch im Widerstand, dessen Bewältigung ständige Aufgabe einer gelingenden Psychotherapie ist.

Die Psychotherapiemotivation wird meist als mehrdimensionales Konstrukt verstanden, das unterschiedliche Aspekte umfasst. Nach Petry (1993) lassen sie sich der Behandlungsdisposition (z. B. Erfolgserwartung, Wissen, Einstellung, Hoffnung), der Behandlungsbereitschaft (z. B. Leidensdruck, Krankheitsgewinn) und der Behandlungsaktivität (z. B. Initiative, aktives Engagement) zuordnen.

Die Motivation zur Psychotherapie kann jedoch nicht einfach mit der Compliance im medizinischen Bereich gleichgesetzt werden, denn in der Psychotherapie geht es einerseits gerade nicht um ein passives Befolgen der ärztlichen oder psychotherapeutischen Anordnungen, sondern um eine aktive Beteiligung am psychotherapeutischen Prozess. Zudem ist der Widerstand, der sich durch Non-Compliance ausdrückt, ein höchst notwendiger Teil des Psychotherapieprozesses.

¹²⁶ Bereits Lewis et al. (1976) forderten das Recht zur Gesundheit und erwägten Möglichkeiten, vor allem den Alten und sozial Schwachen den Zugang zu Hilfe zu erleichtern, sie betonten damals die Wichtigkeit der finanziellen Barrieren.

¹²⁷ Veith (1997) stellt jedoch zu Recht in Frage, ob Diabetes-Patienten so einfach mit Psychotherapie-Patienten verglichen werden können.

Daher spricht Franz (1997a) anstelle von Psychotherapiemotivation eher von Psychotherapieakzeptanz. Er kritisiert eine „stabile Psychotherapiemotivation“ (S. 10) als Eingangsvoraussetzung für ein Behandlungsangebot. Herkömmlicherweise werde eine ausreichende Psychotherapiemotivation als notwendige Vorbedingung angesehen, die jedoch den Therapeuten enthebe, die Entstehungsbedingungen der Therapiemotivation auch auf sich selbst bezogen zu reflektieren, obwohl bekannt sei, dass unbewusste, nicht aufgegebene frühe Wünsche in die Entscheidung des Patienten für oder gegen eine Psychotherapie einfließen würden.

Veith (1997) spaltet das Konstrukt der Psychotherapiemotivation in drei voneinander abhängige, aber unterscheidbare Motivationen: Die Therapiemotivation als Motivation, fachliche Hilfe zu suchen und sich einer Behandlung zu unterziehen (Therapiemotivation), die Motivation, wirkliche Veränderungen anzustreben (Veränderungsmotivation) und die Motivation, sich auf eine Beziehung einzulassen (Beziehungsmotivation).

In einer empirischen Untersuchung fand Veith (ebda), dass die Einschätzungen der Persistenz der psychischen Störung, die erlebte Hilflosigkeit und die Normabweichung der Behinderung relevant waren für die Entstehung von Leidensdruck und Therapiemotivation. Besonders wichtig fand Veith (1997) die Variable Zuversicht (dass eine Psychotherapie wirksam die Symptome bewältigen kann). Therapeutische Intervention also gerade zu Beginn einer Therapie sollten „vornehmlich auf eine Steigerung der Zuversichtlichkeit abzielen“ (S. 348).

Strauss et al. (1991) zeigten die Wichtigkeit der Eigeninitiative für die Psychotherapiemotivation. Sie fanden bei 125 Patienten einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz eine Compliancerate von 49%. Ein Vergleich der Patienten, die sich compliant bzw. non-compliant verhielten, zeigte, dass demografische wie auch diagnostische Merkmale die beiden Gruppen kaum zu trennen vermochten. Nur in der Tendenz zeigten sich ältere Patienten, solche mit Drogen oder Alkoholabhängigkeit weniger compliant, während die Compliancerate bei jungen Patienten, die auf eigene Initiative hin den Kontakt mit der Ambulanz suchten, besonders hoch zu sein schien.

Compliance war am wahrscheinlichsten bei Patienten, die bereits zum Gesprächszeitpunkt vom Therapeuten als motiviert bezeichnet wurden. Daneben waren es vor allem die Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre und der Qualität der therapeutischen Beziehung in den maximal drei ambulanten Kontakten, die die beiden Gruppen unterschieden.

Schneider et al. (1999) untersuchten die prädiktive Bedeutung der Psychotherapiemotivation. Sie erarbeiteten einen Fragebogen, in dem das Konstrukt nach folgenden Aspekten differenziert wird:

1. Krankheitserleben (hoher Leidensdruck, geringer sekundärer Krankheitsgewinn),
2. Laienätiologie (psychosomatische Ursachenbeschreibung),
3. Behandlungserwartungen (Bereitschaft zur aktiven Teilnahme in der Behandlung),
4. Offenheit für Psychotherapie (korrelierend mit positiven Vorerfahrungen).

Schneider et al. (ebda) konnten zwar zeigen, dass die Laienätiologie und die Offenheit für Psychotherapie den Verlauf einer allerdings stationären psychotherapeutischen Behandlung begünstigen kann, der Einfluss der Variablen war jedoch deutlich geringer als erwartet. Entscheidend zur Psychotherapiemotivation war die subjektive Krankheitstheorie der Patienten.

Auch Nübling und Schulz (2002) haben einen Fragebogen¹²⁸ zur Psychotherapiemotivation entwickelt, um Patienten, die eine geringe Psychotherapiemotivation zeigen, frühzeitig zu erfassen und ihre Motivation zu fördern.

Die prognostische Indikation, die durch Fragebogen zur Psychotherapiemotivation erfasst wird, birgt allerdings nach Strauss (2000) die Gefahr, dass die „Reichen noch reicher“ (S. 25) werden. Denn Psychotherapiemotivation ist ein Faktor, der bereits Bestandteil des Psychotherapieprozesses ist. Vor der Psychotherapieaufnahme bleibt der Hilfesuchende allein mit der oft ambivalenten Motivation zur Psychotherapie.

Bekannt für eine besonders schlechte Therapiemotivation sind Suchtpatienten. Uchtenhagen (2003) spricht in diesem Zusammenhang von drei Therapiezielen, die zur Therapiemotivation gehören:

1. den Patienten überhaupt in eine Behandlung zu bringen, da die meisten Suchtpatienten (90% der Alkoholkranken zum Beispiel) keine Therapie in Anspruch nehmen.
2. den Patienten zum Bleiben in der Therapie zu ermutigen (50% Therapieabbrüche bei stationären, 40 bis 60% Therapieabbrüche bei ambulanten Behandlungen).
3. den Patienten für eine Veränderung zu unterstützen.

Der Patient komme zwar in Behandlung und er bleibe auch, aber er werde „nicht nass“ (ebda), sondern komme höflich, weil andere, die Polizei, der Staat oder Angehörige ihn zwingen, aber er habe (noch) keine innere Bereitschaft und zuviel Angst, eine Veränderung herbeizuführen. Dabei soll dieses Therapieziel der Veränderung mit dem Patienten individuell erarbeitet werden, nicht schon im Voraus durch den Therapeuten bestimmt werden. So könne nicht nur das rigide Abstinenzgebot ein Ziel sein, sondern auch eine risikoärmere Gestaltung des Suchtmittelkonsums, die wiederum die Beziehungen zu Angehörigen entlasten würden.

Generell also ist nach Uchtenhagen (ebda) die Therapiemotivation die Bereitschaft, sich der Einsicht zu stellen, in seinem Verhalten etwas zu ändern. Nicht nur für Suchtpatienten gilt die Betonung des gemeinsamen Erarbeitens der Therapieziele und -motivation, da die Angst vor Veränderung ein ubiquitäres Phänomen ist.

Rauchfleisch (1990) erklärt das Phänomen der mangelnden Psychotherapiemotivation für Delinquenten, die sich oft aufgrund von einer vom Gericht auferlegten Massnahme psychotherapeutisch behandeln lassen. Dissoziale Klienten seien sehr ambivalent gegenüber intensiven Beziehungen: „Einerseits ruft eine Situation, in der Abhängigkeit erlebt wird, ungeheure Ängste hervor, andererseits wird sie aber auch als symbiotische Beziehung ersehnt“ (S. 85).

¹²⁸ Dieser Fragebogen gründet auf einer empirischen Arbeit von Nübling (1992) zur Psychotherapiemotivation. In einem etwa 10-minütigen Selbstbeurteilungsbogen werden 39 Items zu Aspekten der Psychotherapiemotivation erfasst. Folgende sechs Skalen werden dabei erfragt:

Psychischer Leidensdruck. Beispielitem: „Ich leide stark unter seelischen Problemen.“

Hoffnung. Beispielitem: „Hinsichtlich der Besserung meiner Beschwerden bin ich optimistisch.“

Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit. Beispielitem: „Mit seelischen Belastungen nicht fertig zu werden, ist Zeichen von Schwäche.“

Wissen. Beispielitem: „Über die Behandlung hier habe ich mich vorgängig ausführlich informiert.“

Initiative. Beispielitem: „Ich habe mich selbst darum bemüht, eine Behandlung zu erhalten.“

Symptombezogene Zuwendung durch andere. Beispielitem: „Wenn ich meine Beschwerden habe, begegnen mir meine Mitmenschen verständnisvoller als sonst.“

Jedes Item verfügt über vier Antwortmöglichkeiten (stimmt – stimmt eher – stimmt eher nicht – stimmt nicht). Aus der Summe der Einzelitems wird der Skalengesamtwert berechnet, wobei zwei der Skalen (Punkt 3 und Punkt 6) negativ gepolt sind. Je eher also die Punkte 1 bis 6 bejaht werden (ausser 3 und 6, die eher deutlich verneint werden sollten), desto höher ist die Behandlungsmotivation (Nübling und Schulz 2002).

Eine weitere Wurzel der mangelnden Behandlungsmotivation sei die Tatsache, dass die Selbst- und Objektbilder bei dissozialen Menschen häufig stark aggressiv besetzt seien. Daraus resultiere angesichts einer in Aussicht gestellten Behandlung die Angst, sich selbst oder den Therapeuten zu „zerstören“ (S. 85).

Ebenso sei die Angst der Patienten, dass in der Behandlung die Wunden früherer traumatisch erlebter Beziehungserfahrungen wieder aufgerissen würden, ein weiteres Motiv zur mangelnden Psychotherapiemotivation. „Unter Aufbietung aller psychischen Kräfte haben sie in ihrem Leben versucht, diese tiefe Wunde zumindest notdürftig zu bedecken, und zurecht fürchten sie, dass in der Therapie die schmerzlichen Erfahrungen wieder aufbrechen.“

Im Phänomen der „mangelnden Behandlungsmotivation“ manifestiert sich nicht nur die Angst vor dem erneuten Schmerz, sondern auch die Angst, ohne die „bösen Introjekte“ dem Gefühl innerer Leere und der Dekompensation ausgeliefert zu sein. Von daher ist auch zu verstehen, dass das Angebot einer besseren Beziehungserfahrung von diesen Klienten keineswegs entlastend erlebt wird“ (S. 85). Vielmehr bestehe bei diesen Patienten ein zentrales Bedürfnis, um jeden Preis die Beziehung zu einem schlechten inneren Objekt aufrechtzuerhalten.

Weiter könnten hinter dem Fehlen einer Behandlungsmotivation völlig gegensätzliche Wünsche stehen, etwa den Therapeuten auf seine Verlässlichkeit hin zu prüfen, mit der Frage, ob der Therapeut selbst dann bereit sei, sich für den Patienten zu engagieren, wenn er vom Patienten zurückgestossen werde. Obwohl sich Rauchfleisch (ebda) spezifisch auf Menschen mit schweren psychischen Störungen wie Bordeline-Störungen oder dissoziale Störungen beruft, können diese unbewussten Mechanismen auch bei „leichteren“ neurotischen Störungen wirksam sein.

Wichtig für die Motivation zur Psychotherapie ist die subjektive Krankheitstheorie (Schneider et al. 1999), die Bereitschaft zur Beziehung (ebda, Rauchfleisch 1990), und zur Veränderung (ebda, Uchtenhagen 2003) und die Eigeninitiative (Strauss 1991, Meichenbaum und Turk 1994).

Bereits Freud (1905) hat auf das wichtige Kriterium der Eigenmotivation hingewiesen. Er versetzt „die Kranken zum Zwecke der Heilung in den Zustand der „gläubigen Erwartung“, der uns heute noch das nämliche leistet“ (S. 110), dieser darf jedoch nicht mit der Suggestion verwechselt werden, denn Freud macht dieser Technik den Vorwurf, „dass sie uns die Einsicht in das psychische Kräftespiel verhüllt, z.B. uns den Widerstand nicht erkennen lässt, mit dem die Kranken an ihrer Krankheit festhalten, mit dem sie sich also auch gegen die Genesung sträuben und der doch allein das Verständnis ihres Benehmens im Leben ermöglicht“ (S. 113). Schliesslich sei die analytische Psychotherapie nicht anwendbar bei Personen, „die sich nicht selbst durch ihr Leiden zur Therapie gedrängt fühlen, sondern sich einer solchen nur infolge des Machtgebotes ihrer Angehörigen unterziehen“ (S. 115).

Diesem Rätsel der häufigen Non-Compliance stellt die psychoanalytische Theorie die Konzepte des Widerstands gegenüber: Der Begriff des Widerstands wurde von Freud (1913) entwickelt. Er bezeichnete damit die Bewegungen des Patienten, die sich offensichtlich gegen die Interessen der eigenen Gesundheit oder gegen die Anweisungen ihres Arztes richteten. Sich gegen den Widerstand zu stellen, erweist sich in der Praxis als zwecklos. Vielmehr bieten sich heute verschiedene theoretische Erklärungen an, die ermöglichen, die Funktion des Widerstands zu verstehen.

Falls der Therapeut den Widerstand versteht, kann er darauf, je nach erwähntem theoretischen Konzept im Hintergrund, reagieren, so dass sich der Patient entspannen und sich sein Widerstand mildern kann. Dabei ist der Widerstand zentral, der sich gegen die Person des Therapeuten richtet, um die eigene Autonomie aufrechterhalten zu können, und verweist damit auf die Dimension der Beziehung, die eigentliches Instrument des psychotherapeutischen Handwerks ist. Zugleich ist der Widerstand ein unabdingbarer Schutz. Er moderiert die verschiedenen Motive, die sich zwischen der Angst und des Wunsches nach Veränderung aufspannen und er reguliert den Schmerz, der mit psychischen Veränderungen einhergeht.

2.4.2.7 Beziehungsaufnahme

Wie aus der Psychotherapieforschung (Kap. 2.2.3) bekannt, ist die wichtigste Komponente in jeglicher Form von Psychotherapie das therapeutische Arbeitsbündnis, die therapeutische Beziehung. Sogar Grawe et al. (1994) verweisen auf die zentrale Bedeutung einer guten therapeutischen Beziehung, die als „das am besten gesicherte Ergebnis der gesamten bisherigen Psychotherapieforschung angesehen“ (S. 171) werden könne.

Dies hat bereits Freud (1913) formuliert, indem er in seiner Vorlesung die Herren Kollegen auf die altbekannte Erfahrung verweist, dass „die Psychoneurosen seelischen Einflüssen weit zugänglicher sind als jeder anderen Medikation. Es ist keine moderne Rede, sondern ein Ausspruch alter Ärzte, dass diese Krankheiten nicht das Medikament heilt, sondern der Arzt, das heisst wohl die Persönlichkeit des Arztes“ (S. 111).

Nach Wagner (1996) sind in der Psychotherapie Erkennen, Heilen und Veränderung immer auch eine Funktion des Beziehungshandelns. Das wesentliche therapeutische Agens sei die Beziehung, während es in der Medizin die „physikalisch-chemische Manipulation“ (S. 230) sei.

Die Initiierung einer verlässlichen Beziehung ist denn auch prioritär in den ersten Sitzungen. Gleichzeitig ist die Beziehungsaufnahme ein störungsanfälliger Prozess, da gerade Menschen mit psychischen Störungen oft wenig Kompetenzen in der Beziehungsgestaltung haben (Franz 1994, Wurmser 1998). Umso mehr ist dies die Aufgabe des Therapeuten; die Ängste des Patienten zu besänftigen und ihn zu ermutigen, sich in die therapeutische Beziehung einzulassen.

Zudem ist die therapeutische Beziehungsaufnahme eine Hilfesuche, schliesslich verspricht sich der Patient Hilfe von der Psychotherapie. Helfen ist jedoch nach Baecker (1994) Kommunikation, bei der über ein Defizit und seine Behebung informiert und verhandelt wird.

Dieses Defizit muss vom Patienten wahrgenommen werden, begleitende Scham- und Angstafekte dürfen also nicht überwiegen, sonst ist eine Psychotherapieaufnahme unmöglich. Dies zeigen die Untersuchungen von Kushner und Sher (1989); Patienten, die sich für eine Psychotherapie entschlossen hatten, zeigten weniger Ängste als diejenigen, die eine angebotene Psychotherapie verweigerten. Stefl und Prosperi (1985) fanden, dass die Psychotherapieablehner strukturelle Barrieren deutlicher wahrgenommen hatten als Psychotherapieannehmer (siehe Kapitel Kosten).

Mit einem Defizit in eine Beziehung zu treten, kann als Kränkung erlebt werden (Nübling 1992, Franz 1993), die ängstigt (Kushner und Sher 1989) und daher stigmatisiert wird (Farina 1982). Dazu lässt sich, wie in allen zwischenmenschlichen Beziehungen, die Frage, ob Vertrauen in eine andere Person gerechtfertigt ist, erst im Nachhinein entscheiden (Bierhoff und Buck 1997). Kaum überraschend also ist die Therapieaufnahme mit grossen Risiken und Schwierigkeiten verbunden (auch Rauchfleisch 1990).

Bereits Parson (1951) hat formuliert, dass der Patient die Krankenrolle, der Arzt oder Psychotherapeut die Berufsrolle einnimmt. Beide Seiten teilen sich ihre Rechte und Pflichten gemäss den zugeschriebenen Rollen. So wird vom Therapeuten erwartet, dass er zugunsten des Patienten handelt, indem er sein Wissen und seine Fähigkeiten so kompetent wie es ihm möglich ist, anwendet. Der Patient hingegen wird für seine Krankenrolle nicht angegriffen und die Gesellschaft entlastet den Kranken von den alltäglichen Verpflichtungen. Es wird jedoch erwartet, dass der Patient etwas für seine Gesundheit tut und sich behandeln lässt (ebda).

Manche psychische Störungen jedoch beinhalten gerade die Schwierigkeit, sich behandeln zu lassen, so ist bei Suchterkrankungen, schweren Depressionen und Zwangserkrankungen (Wurmser 2000), oder bei narzisstischen Störungen (Franz 1994) bekannt, dass diese mit einem besonders schweren Widerstand einhergehen, sich in eine therapeutische Beziehung zu begeben. Diese Patienten, die der Erwartung, sich behandeln zu lassen, nicht nachkommen, haben es sogar mit den Professionellen schwer. Nachzuvollziehen, dass der so infirmen Mensch sich einer Behandlung widersetzt und damit umgehen zu können, ist eine grosse Herausforderung, die darum eben eine spezifische psychotherapeutische Kompetenz erfordert, die ungeschulte Laien nicht erfüllen können.

Buchholz (2002b) hat dazu ein Beispiel beschrieben, in dem der typische Verlauf einer hausärztlichen Behandlung mit einem depressiven Patienten in beidseitiger Frustration mündet. Er weist auch darauf hin, wie oft medikamentöse Behandlungen aus problematischen Compliance-Fragen durchgeführt werden. Anstatt eine psychotherapeutische Bindung, wird eine funktionale oder mechanische Bindung über Medikamente hergestellt. Nach Balint (1976) ist die Einstellung des Arztes bezüglich der Medikamentenwirkung von so grosser Bedeutung, dass der Arzt selber als Medikament in der Beziehung zum Patienten betrachtet werden sollte. Krupnick et al. (1996) zeigen beispielsweise, dass depressive Patienten die therapeutische Beziehung in der Pharmakotherapie genau so wichtig empfinden wie in der Psychotherapie. Daher sei gerade mit diesen Patienten eine sensitive und empathische Kommunikation besonders wichtig.

Die Frage, ob und wie ein Patient zum Patienten wird, hängt vom Verhältnis des Klienten zum Professionellen, des Arztes oder der Ärztin zum Patienten respektive zur Patientin ab. Thure von Üxküll (1998) betrachtet die Arzt-Patient-Beziehung in der psychosomatischen Medizin nicht als zwei unabhängig voneinander existierende Grössen, die sich zufällig begegnen, sondern als Partner einer spezifischen Beziehung, in der jeder der beiden ein Element in der Wirklichkeit des andern sei.

Mit der integrierten psychosomatischen Medizin fordert von Üxküll (1994), dass der Arzt lernt, „die Zeichen, die den Patienten auf den verschiedenen Integrationsebenen seines Körpers - der vegetativen, der animalischen und der humanen - erreichen, zu deuten und ihrer Bedeutung entsprechend zu beantworten“ (S. 33).

Für eine positive Psychotherapieentscheidung im ersten Gespräch ist übereinstimmend die Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre von seiten der Patienten (Strauss et al. 1991¹²⁹) oder von seiten der Therapeuten (Faller und Lang 1997¹³⁰, Scheidt et al. 2003¹³¹) ausschlaggebend. Zudem wird geraten, persönliche Konflikte bei der Indikation zu beachten (Renner und Platz 2000¹³²).

Nach Wilke und Grande (1991) sind Krankheitskonzepte das Material, „mit dem die therapeutische Beziehung gestaltet wird; als solches sind sie sowohl Ausdruck als auch Ausdrucksmittel der zwischen Patienten und Therapeut initial entstandenen Beziehung - und nicht nur kognitive Haltungen und Überzeugungen, die der Patient als mehr oder weniger stabiles Merkmal in die therapeutische Beziehung hineinträgt“ (S. 196).

Das Krankheitskonzept hat also eine beziehungsregulatorische Funktion im Kontext der Beziehungsaufnahme zwischen den Beteiligten; erst die Analyse des Gesprächsprozesses macht im Einzelfall zuverlässigere Einsichten in die jeweilige besondere interaktionelle Bedeutung möglich (ebda).

Dieser sensiblen Beziehungsaufnahme kann mit einer Strategie entgegengesteuert werden, die den Wunsch, persönlich angesprochen zu werden, berücksichtigt. Bereits Freud (1905) empfiehlt, nicht über die Krankheit den „sonstigen Wert einer Person“ (S. 115) zu übersehen. Riehl et al. (1985) zeigten mit ihrer Untersuchung psychosomatisch-konsiliarisch gesעהner Klinikpatienten die Bedeutung der Beziehung für die Bereitschaft, eine empfohlene Psychotherapie auch zu beginnen. Bei einer fehlenden Namensnennung auf dem Anmeldeformular erschienen 22,2% der Patienten nicht zum vereinbarten Erstgespräch. Wurde das

¹²⁹ Auch Strauss et al. (1991), deren Untersuchung im vorherigen Kapitel 2.4.4.6 besprochen wurde, fanden, dass vor allem die Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre und die Qualität der therapeutischen Beziehung ausschlaggebend waren für eine positive Entscheidung zur Psychotherapie.

¹³⁰ Faller und Lang (1997) haben Faktoren untersucht, welche die Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Massnahmen fördern oder ihr entgegenstehen. Sie studierten die Indikationsempfehlung von 301 Patienten, die sich zwischen 1993 und 1994 in der Ambulanz des Instituts für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg vorstellten. Als wichtigster Prädiktor zur Empfehlung einer Psychotherapie fanden sie die Beurteilung der Arbeitsbeziehung durch den Diagnostiker im Erstgespräch. Je besser die Beurteilung ausgefallen ist, desto eher wurde eine Psychotherapie empfohlen.

Die Einschätzung der Arbeitsbeziehung differenzierte je nach Diagnose. Bei Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen wurde sie günstiger, bei Persönlichkeitsstörungen ungünstiger bewertet. Depressive und ängstliche Patienten würden eine Beziehung suchen, die Zuwendung, Geborgenheit und Sicherheit vermitteln, während es bei persönlichkeitsgestörten Patienten häufig die Beziehungspersonen seien, welche „unter der Störung der Patienten leiden“ (S. 95).

¹³¹ Scheidt et al. (2003) haben die Behandlungsentscheidungen von 24 in Privatpraxen tätigen Psychotherapeuten über 12 Monate verfolgt. Ein Vergleich der Behandlungsauswahlkriterien zwischen Patienten, die zur Behandlung angenommen wurden und Patienten, die nicht angenommen wurden, zeigten drei Ergebnisse.

Der herausragende Faktor für die Annahme eines Patienten war seine Motivation; die Entscheidung für die Dauer der Behandlung hing von der emotionalen Reaktion des Therapeuten auf den Patienten ab; die psychiatrische Diagnose und der Schweregrad der Symptomatik trugen nur wenig zu den Behandlungsentscheidungen bei. Dies legt nahe, dass Behandlungsentscheidungen in privaten Praxen, die psychodynamische Therapien anbieten, eher an der Therapeuten-Patienten-Beziehung orientiert seien als an der psychiatrischen Diagnose oder dem Schweregrad der Symptomatik (siehe auch Strauss 2000).

¹³² Renner und Platz (2000) zeigten, dass nicht nur klinische Symptome Anlass sind, sich in Psychotherapie zu begeben. Als Therapieziel käme auch „eine Veränderung der intrapsychischen Konfliktstruktur in Betracht, weil persönlichen Konflikten eine symptomverursachende und -erhaltende Funktion zugeschrieben wird“ (S. 32). Die Teilnehmer eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms erhielten ein Verfahren zur Erfassung persönlicher Konflikte vorgelegt. Nach Therapieende zeigten nur Personen mit Angststörungen eine signifikante Konfliktreduktion, nicht jedoch Depressive, obwohl sich in beiden Gruppen die Symptome deutlich gebessert hatten. Die Autoren empfehlen daher, bei der Indikationsstellung für Psychotherapie persönliche Konflikte mehr zu berücksichtigen.

Überweisungsschreiben an einen Mitarbeiter der Klinik namentlich adressiert, kamen nur 10% nicht zum Gespräch. Sollte sich der Patient beim Leiter des Dienstes vorstellen, erschienen lediglich 1% der Patienten nicht. Erfolgt die Zuweisungen aus dem stationären Bereich einer Grossklinik, erschienen wiederum 21% der Patienten nicht zum Erstgespräch, wurden die Patienten jedoch von einem niedergelassenen Hausarzt überwiesen, sank die Rate auf 7,5%.

Auch nach Hessel et al. (2000) nehmen Patienten eine vom Hausarzt empfohlene Psychotherapie zu 80,7% an. Ebenso zeigt eine aktuellere Studie von Fritzsche et al. (2006), dass somatisierende Patienten im Krankenhaus mit 5 psychotherapeutischen Sitzungen eine deutlich höhere Behandlungsmotivation und Inanspruchnahme von Psychotherapie zeigten als solche, die nur schriftlich über Behandlungsmöglichkeiten informiert wurden (41,5% versus 20%).

Die Beziehungsaufnahme zu einer therapeutischen Person gelingt also, je verbindlicher die Zuweisungen erfolgen (Riehl et al. 1985, Hessel et al. 2000), je persönlicher Patienten in Gesprächen motiviert werden (Fritzsche et al. 2006), bei denen subjektive Krankheitskonzepte (Schneider et al. 1999) ausgehandelt (Wilke und Grande 1991) und persönliche Konflikte angesprochen werden sollen (Renner und Platz 2000).

2.4.2.8 Angst und Scham

Nach Kushner und Sher (1989) sind Entscheidungsprozesse um die Psychotherapieinanspruchnahme immer mit Ängsten vor einer allfälligen Behandlung verbunden. Sie untersuchten 96 Studenten, 33 Männer und 63 Frauen. Mit den Instrumenten BSI (Brief Symptom Inventory) und TAPS (Thoughts About Psychotherapy Survey) prüften sie Symptome und Einstellung der Studenten gegenüber einer allfälligen Psychotherapie. Die Studenten mit klinischen Symptomen, die sich für eine Psychotherapieaufnahme entschlossen, diese aber noch nicht begonnen hatten, berichteten weniger Behandlungsängste als jene, die eine Psychotherapie für sich nicht in Betracht zogen. Ausserdem zeigten Studenten mit erhöhter Not mehr Behandlungsängste.

Diese Ergebnisse, obwohl sie gegensätzlich scheinen, stehen im Einklang mit dem klassischen Annäherungs- und Vermeidungskonflikt (Miller 1944); die Motivation, Hilfe zu suchen, verursacht durch innere Not, aktiviert gleichzeitig latente Behandlungsängste. Behandlungsangst sei ein multidimensionales Konstrukt, welches mit dem Leidensdruck zusammenhänge und nicht isoliert betrachtet werden sollte. Dieses Phänomen ist klinisch gut bekannt, Mechanic (1982) spricht in diesem Kontext vom sekundären Schmerz, der beim Prozess der Hilfesuche entstehe.

Zwei Jahre später differenzierten Kushner und Sher (1991) sechs verschiedene Ursachen der Behandlungsangst:

1. Die Angst vor Scham, bei der die Offenlegung von höchst persönlichem und intimmem Material an unvertraute Personen eine bedrohende Angelegenheit ist, auf die man mit Scham reagieren kann.
2. Die Angst vor einer Veränderung, bei der eine innere Veränderung zwar erwünscht, dennoch aber gefürchtet wird.

3. Die Angst, in stereotype Behandlungen involviert zu werden, bei der verschiedene Rollenstereotypen über Psychologen und Psychiater gefürchtet werden, beispielsweise dass Patienten in die Klinik eingewiesen, oder medikamentös ohne deren Einwilligung behandelt würden.
4. Ängste, die mit vergangenen Erfahrungen mit Personen aus dem seelischen Gesundheitssystem zusammenhängen.
5. Ängste vor einer negativen Beurteilung und vor Stigmatisierung.
6. Ängste vor einer Behandlung bei spezifischen Problemen. Beispielsweise würden Patienten mit einer sozialen Phobie eine Behandlung vermeiden, weil die Gedanken an eine Situation, in der sie sich einer fremden Person gegenüber formulieren müssen, zu bedrohend sei. Ebenso könnten traumatisierte Patienten gerade die nahe Begegnung mit einer Fachperson scheuen.

Auch nach Tschuschke (1998) ist die Angst vor einer Psychotherapie häufig und entspringe verschiedenen Motiven. Ein Motiv könnte ein Schamgefühl sein, sich vor einem fremden Menschen zu offenbaren, dass man sich selber nicht mehr zu helfen wisse. Da körperliche Krankheit gesellschaftlich jedoch leichter akzeptiert würde, würden viele Menschen mit unerkannten psychischen Störungen den Hausarzt aufsuchen.

Ein weiteres Motiv sei die Angst vor Veränderung (auch Uchtenhagen 2003). Da Psychotherapie auf tiefgreifende Veränderungen im Leben zielt, weil sie unbewusste Wiederholungen, die schädlich für den Patienten sind, auflösen versuche, könnten diese Veränderungen in hohem Mass Angst hervorrufen. Schliesslich habe jeder Mensch seine inneren, für ihn logischen, Gründe gehabt, genauso zu leben und nicht anders. So seien die unbewussten Ängste, die zum Widerstand einer Behandlung führen, viel wirksamer, als die benennbaren bewussten Ängste, sich in eine Behandlung zu begeben (Tschuschke 1998).

Die Scham bezeichnet einerseits das Schamgefühl und andererseits den Schoss der Frau, ein Geschlechtsteil von hoher Bedeutung, der in fast allen Kulturen dem Anblick anderer entzogen wird¹³³. Nach Duerr (1995) erfordert eine niedrige Schamschwelle eine hohe Zivilisierung und strenge Konventionen.

Die Scham spielt nach Goldberg (1991) und Livingston und Farber (1996) eine mächtige Rolle im emotionalen Leben und entstehe gerade in Situationen wie der Psychotherapie, in denen das Risiko der Selbst-Enthüllung gross sei. Scham sei jedoch schwierig zu erkennen, da sie durch den Wunsch des Versteckens charakterisiert sei. Gefühle von Demütigung, Verlegenheit und Minderwertigkeit seien damit verbunden und würden die therapeutische Beziehung erschweren. Diese schmerzhaften Gefühle könnten nicht nur die Patienten, sondern im Sinne der Gegenübertragung auch die Therapeuten überwältigen (auch Wurmser¹³⁴ 1998).

Nach Nathanson (1992) ist daher eine angemessene therapeutische Reaktion auf die Scham des Klienten eine grosse Herausforderung, zu grosse Schweigsamkeit könne die Scham verstärken, andererseits würde eine Interpretation, wie sanft sie auch sein möge, vom Patienten schnell als Kritik empfunden.

¹³³ Dies wenig erforschte Thema wird von Gsell (2001) ausführlich bearbeitet.

¹³⁴ Scham beinhaltet nach Wurmser (1998) drei Komponenten:

1. Scham darüber, ein schwaches Selbst und abhängig von einer mächtigen Elternfigur zu sein.
2. Scham darüber, eklige und schmutzige Körperinhalte zu haben und Affekte nicht kontrollieren zu können.
3. Scham darüber, im weitesten Sinn keine Attraktivität, keine Potenz oder Kompetenz zu haben, nichts vorweisen zu können.

Nach Kruse et al. (2004) sind Scham und die Angst vor Stigmatisierung zentrale Gründe, dass die Patienten im hausärztlichen Gespräch ihre seelischen Konflikte verschweigen, und somit die Hausärzte die psychischen Störungen ihrer Patienten nicht erkennen können. Leaf et al. (1985) und Cochran und Rabinowitz (1996) weisen auf die zentrale Bedeutung der Scham in der Psychotherapie mit Männern hin.

Scham ist nach Reich (1994) der zentrale Affekt bei Störungen im narzisstischen Bereich, und da nahezu jede psychische Störung narzisstische Komponenten beinhaltet (Franz 1993), sollte die Scham auch beim Prozess der Psychotherapieinanspruchnahme beachtet werden.

Schulte-Wintrop (1994) hat Schamgefühle bei Angehörigen psychotisch Kranker untersucht und dabei einen wichtigen Hinweis formuliert, dass „die den Schamgefühlen zugrunde liegende Selbstabwertung wenig bewusstseinsnah und stark tabuisiert sein könnte und in der Folge entsprechend schwer zu erheben ist“ (S. 81). Nach Edlund et al. (2002) berichten diejenigen, die eine Psychotherapie innerhalb des ersten Jahres abbrechen, von Scham und der Überzeugung, die Therapie sei nicht wirksam.

2.4.2.9 Stigma

Der Begriff Stigma¹³⁵ wird ursprünglich auf die von den Griechen gebrauchte Brandmarkung zurückgeführt (Gray 2002), bei der die griechischen Sklaven von den freien Menschen unterschieden wurden. Die Unterscheidung oder Trennung von „Wir“ und „Die“ ist eines von fünf Teilen, die nach Rüesch (2005) die Etappen der Stigmatisierung bezeichnen. Negative Stereotype über psychisch Kranke halten sich in der Bevölkerung trotz Wissenszuwachs über psychische Erkrankungen, denn die Stigmatisierung von psychisch Kranken gründet in der Überzeugung, psychisch Kranke würden sich grundsätzlich von anderen Menschen unterscheiden (Schulze 2004).

In den 80-er Jahren wurde die Stigmatisierung als erster Grund für die zögerliche Inanspruchnahme angesehen (Mechanic 1982, Leaf et al. 1985). Nach Farina (1982) mache wahrgenommenes Stigma gegenüber der psychotherapeutischen Inanspruchnahme die Entscheidung, Hilfe aufzusuchen, selbst wenn diese angemessen wäre, unwahrscheinlicher. Stefl und Prosperi (1985) zeigten, dass Stigma bei den Personen in der Versorgungslücke zweimal so häufig als Grund genannt wurde, keine Psychotherapie aufzusuchen, als bei der Gruppe der Inanspruchnehmenden.

Heute wird der Stigmatisierung mit Kampagnen entgegengewirkt (Gaebel et al. 2004) und verschiedene empirische Studien belegen die stigmatisierenden Auffassungen über psychische Erkrankungen (Zäske et al. 2005). Ajdacic-Gross et al. (2003) reden vom furchtsamen Schweigen, welches das Thema der im Alltag begleitet und mit der Häufigkeit von psychischen Störungen kontrastiert.

Brusis, Vogel und Mai (1998) sehen Behandlungsängste von Krebskranken in Zusammenhang mit gesellschaftlicher Stigmatisierung. Nach Garfinkel und Goldbloom (2000) reichen

¹³⁵ Stigma, griechisches Wort für Wundmal, Punkt, Merkzeichen

die Wurzeln der Stigmatisierung auf die Antike zurück, Angst, Unwissenheit und moralische Ansichten. Diese Assoziationen seien bis heute bestehen geblieben und würden sich in der, verglichen mit den somatisch Erkrankten, schlechteren medizinischen Versorgung für psychisch Erkrankte auswirken.

Eichenberger (2001) jedoch fand keinen Hinweis auf eine Stigmatisierung. Er untersuchte 168 Personen innerhalb der Zürichstudie zu ihren Gründen, keine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Nahezu 80% der Befragten waren überzeugt, mit den Problemen alleine fertig zu werden. Ebenso spreche die Tatsache, dass über 70% diese Probleme mit Partnern, Freunden oder Bekannten besprochen haben, dagegen, dies als Stigmatisierungsangst zu interpretieren. Auch Kessler et al. (2003b) führen die steigende Inanspruchnahmerate auf eine sinkende Stigmatisierung von Psychotherapie zurück.

Öztürk (2000) kritisiert, dass üblicherweise Stigma als Grund für schlechte Erkennung, Akzeptanz und Behandlung von seelischen Störungen genannt werde. Damit würden die Unzulänglichkeiten¹³⁶ im seelischen Gesundheitssystem entschuldigt und negative medizinische Einstellungen unterstützt. In der Türkei würden Patienten mit psychischen Problemen eher spezialisierte Fachleute als Hausärzte in Anspruch nehmen. „This finding and my experience of the last 45 years suggest that where adequate health services are delivered and where the patient is seen as a human being rather than a mentally deranged person, the stigma factor is diminished radically“ (S. 507). Dies erinnert an die Wichtigkeit der persönlichen Ansprechens des Patienten für die angstvolle Beziehungsaufnahme (Kap. 2.4.2.7).

Link und Phelan (2001) setzen den Beginn eines Stigmas mit der Wahrnehmung eines Unterschiedes und dessen Benennung fest. Das Stigma sei ein Zeichen, eine Etikette, die eine bestimmte Person in einem ersten Schritt von anderen abgrenzt und ihr negative Eigenschaften zuschreibt. Der zweite Schritt beinhaltet die Trennung zwischen Gesunden und Kranken, also zwischen „wir und die“. Die dritte Etappe zeigt Ausgrenzung, Marginalisierung und Diskriminierung der psychisch kranken Menschen mit der Folge des Statusverlust und dem sozialen Abstieg.

Crisp (2005) expliziert die Haltung, die eine Aufteilung von Personen in „wir“ und „nicht wir“ ermöglichen, als Zusammenkommen zweier Mechanismen: Einerseits der Urinstinkt, als Spezies zu überleben, der sich in der Meidung derer zeigt, die im Rahmen der Fortpflanzung als schlechte Partie gelten und andererseits die Verurteilung und Vermeidung von Menschen, die mit ihrer psychischen Instabilität an eigene abgewehrte Ängste rühren und damit eine Bedrohung darstellen: „Kommen wir in Kontakt mit solch einer Person, so projizieren wir unsere persönlichen Sorgen und verborgenen Schuldgefühle auf sie. Diese Menschen werden so zum Ausgangspunkt unserer eigenen Not. Sie werden für ihren Zustand als selbst verantwortlich empfunden. Wir verurteilen und vermeiden sie, und auch die Kommunikation bzw. der Umgang mit ihnen ist für uns äusserst problematisch“¹³⁷ (S. 229).

¹³⁶ Die stärkste Barriere, die eine aktive und effektive primärärztliche Grundversorgung verhindere, liege in der Ausbildung der Personen des seelischen Gesundheitsbereichs (Ärzte, Krankenpfleger, Psychologen und andere), die sich in der Türkei nach nordamerikanischen und westlichen medizinischen Ausbildungsmodellen richten würde. „These training centers have not yet reached the level at which their students can develop a sound understanding of mental health and illhealth“ (S. 507), sondern sie seien spitalorientiert und entmenslicht. Damit seien in industrialisierten wie in Entwicklungsländern Psychiatrie und seelische Gesundheit oft immer noch zu einer minderwertigen Position im Gesundheitssystem verbannt. Daher würde die Mehrheit der Ärzte und anderem Gesundheitspersonal seelische Störungen weder erkennen noch behandeln können.

¹³⁷ Übersetzt von Lauber und Zäske

Nicht nur Betroffene und Aussenstehende, sondern vor allem Professionelle im seelischen Gesundheitswesen würden mit ihren Vorurteilen die Stigmatisierung aufrechterhalten, moniert Gray (2002). Sartorius (2002) kritisiert insbesondere den sorglosen Umgang mit den diagnostischen Etiketten im professionellen Umgang. Gerade die negative Einstellung der Bevölkerung und der Professionellen gegenüber psychischen Störungen erfordere eine bedachte und sorgfältige Kommunikation mit Patienten und Betroffenen. Die Stigmatisierung durch die Professionellen äussert sich trotz Wohlwollen durch eine pejorative Haltung den Betroffenen gegenüber (Angell et al. 2005) und zeigt sich in „paternalistic and coercive treatment strategies“ (S. 75).

Auch Mitleid produziert negative Effekte, darum fordert Corrigan (2005) „parity, not pity“ (S. 317) und spricht den entwertenden und damit stigmatisierenden Aspekt des Mitleids an mit der Bedeutung des Ausgeschlossenseins, das mit der Stigmatisierung einhergeht. Crisp (2005) spricht in diesem Zusammenhang von der Gefahr, dass der Patient durch „die Diagnose einer psychischen Erkrankung – manchmal reduktionistisch als Gehirnerkrankung (obwohl sie sich seelisch und in einigen Fällen auch deutlich im Zusammenhang mit der Persönlichkeit, sozialen Beziehungen und Lebensereignissen äussert)“ (S. 234) nicht mehr als einzigartiges Individuum betrachtet wird. Dies kann bei der betroffenen Person Gefühle von Scham und Stigmatisierung hervorrufen.

De Col, Seewald und Meise (2004) formulieren unterschiedliche Techniken, die die Betroffenen zur Bewältigung der Stigmatisierung einsetzen können. Einerseits ist es die Informationskontrolle über die psychische Störung, die die vollständige Information, die vollständige Geheimhaltung oder die Täuschung beinhaltet. Andererseits ist es die interpersonelle Spannungsreduktion, die das Korrigieren, die Realität ausser Kraft setzen, Vermeidung, Provokation und Gruppenbildung beinhaltet. Diese Techniken bieten Möglichkeiten für die Betroffenen, die problematischen Kontakte zu anderen zu gestalten.

Corrigan und Kleinlein (2005) unterscheiden zwei Formen der Stigmatisierung: „self stigma“ und „public stigma“ (S. 16), die Selbst-Stigmatisierung im Gegensatz zur öffentlichen Stigmatisierung. Während die öffentliche Stigmatisierung bei den Betroffenen Wut und Angst auslöst, äussert sich die Selbst-Stigmatisierung in der Selbst-Entwertung und –Verachtung. Als Lösung dieser Selbst-Attacke, die auch als Folge der öffentlichen Stigmatisierung angesehen werden kann, bietet sich das Konzept des Empowerments an, das mit der Akzeptanz und Infragestellung unserer Normalität einhergeht. Scharfetter (2002) weist immer wieder auf das Kontinuum zwischen normal und anormal, zwischen gesund und krank hin. Er betont die Wichtigkeit, beides im Menschlichen integriert zu sehen.

2.4.2.10 Kosten

Nach Nadler (1991) verspricht der Prozess der Hilfesuche Nutzen und braucht psychologische Kosten; personale Kosten, die das Selbstwertgefühl und das Selbstkonzept betreffen und soziale Kosten, die die interpersonellen Beziehungen betreffen. Fremde Hilfe aufsuchen bringe Erleichterung des Leidens und bedrohe gleichzeitig die Gefühle von Unabhängigkeit und Kompetenz (auch Kushner und Sher 1989).

Die Frage, welche Rolle die finanziellen Kosten bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen spielt, wird kontrovers diskutiert: Stefl und Prosperi (1985) fanden die Kostenfrage die bedeutsamste Barriere zur Psychotherapieaufnahme. Das Einkommen zeigte jedoch weniger Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten als das geringe Erkennen von seelischen Problemen und eine negative Einstellung. Seither haben eine Reihe von Untersuchungen gezeigt, dass die Kostenfrage die Psychotherapieaufnahme eher gering beeinflusst.

So fand Franz (1993) in seiner Untersuchung der Motive der Psychotherapieablehner, dass von den 24 Probanden, die zuerst sachlich-organisatorische Gründe, zu denen auch die finanzielle Kostenfrage gehört, angaben, bei nochmaliger Exploration nur noch 9 bei dieser Erklärung blieben. Die anderen 16 stellten bei der zweiten Befragung eher Angstmotive in den Vordergrund.

Wells et al. (1994, Kap. 2.4.2.2) untersuchten das Inanspruchnahmeverhalten in den Städten St. Louis in den USA und Christchurch in Neuseeland. In beiden Städten berichteten etwa gleichviele Probanden, dass sie keine Psychotherapie in Anspruch genommen hätten, ihre Gründe unterschieden sich gleichfalls nicht (meistgenannt: das Problem aus eigener Kraft lösen wollen, Kap. 2.4.2.2). Strukturelle Gründe wie Kosten, verfügbare Zeit und Reisedistanzen waren selten. Und soziodemografische Faktoren hatten einen vernachlässigbaren Effekt auf das Hilfesuchverhalten.

Ebenso fanden Kessler et al. (1997, Kap. 2.4.2.2) in ihrer Vergleichsuntersuchung von Patienten in Ontario und USA eine gleich geringe Anzahl von Menschen mit psychischen Störungen, welche professionelle Hilfe in Anspruch nahmen; obwohl die Kanadier im Gegensatz zu den Amerikanern aufgrund ihres Sozialversicherungssystems freien Zugang zu medikamentösen und psychotherapeutischen Leistungen haben.

Kessler et al. (2001) betonen zwar die Wichtigkeit der finanziellen Barrieren, folgern jedoch, dass diese allein nicht ausschlaggebend seien, um die Versorgungslücke aufrechtzuerhalten. Anstrengungen seien zu leisten, die Patienten in der Selbsterkennung des Behandlungsbedarfs zu unterstützen und ihnen eine Behandlung zu empfehlen.

Zepf et al. (2003) fanden jedoch kürzlich in einer „bundesrepräsentativen Studie zur Lage der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der BRD, wie sie sich nach Inkrafttreten des PTG¹³⁸ darstellt“ (S. 152), dass neben einem ungedeckten Bedarf die unterschiedliche Honorierung psychotherapeutischer Leistungen durch die Krankenkassen einen „deutlichen Einfluss auf den Zugang und die Art der Psychotherapie ausübt“ (S. 152).

Nunez (1991; zit. nach Lueger et al. 1999) weitete Saunders (1993) Arbeit aus und untersuchte in seiner Dissertation die Einflüsse der Finanzierung auf die Psychotherapieinanspruchnahme. Er replizierte mit ambulanten Patienten einer Psychotherapieambulanz den PSTQ (Saunders 1993), welcher vier Schritte zum Prozess der Inanspruchnahme vorschlägt. Nunez (ebda) verglich HMO-Mitglieder (health maintenance organization), mit den FFS - Benutzern (fee for service) und schliesslich mit den SP (self-pay), den Selbstzahlern. Die HMO-Benutzer unterschieden sich in demografischen Faktoren von den beiden anderen Gruppen; sie waren besser gebildet, mehrheitlich weiblich und mehr in Vollzeitstellen beschäftigt als die anderen beiden Gruppen, sie nahmen Allgemeinärzte mehr in Anspruch beim Prozess, sich für eine Psychotherapie zu entscheiden und sich für eine Sitzung anzumelden. Unter den

¹³⁸ Das in Deutschland seit 1999 geltende psychologische Psychotherapeuten-Gesetz (Zepf et al. 2003)

Selbstzahlern fanden sich mehr Arbeitslose, in Teilzeit Angestellte und Menschen mit geringerer Bildung als die HMO-Benutzer.

Die drei Gruppen unterschieden sich nicht in der zeitlichen Länge ihrer Probleme vor ihrer Psychotherapieaufnahme, die Probleme bestanden bei allen seit mehr als zwei Jahren. Die Art der Finanzierung hatte auf alle vier Schritte von Saunders PSTQ (1993) keinen Einfluss.

Auch unterschieden sich HMO-Benutzer und FFS-Benutzer nicht voneinander in der Rate der nicht zum Erstgespräch Erschienenen (weniger als je 10% kamen nicht zum Erstgespräch). In der Gruppe der Selbstzahler jedoch waren dies 30%. Finanzielle Unterstützung für psychotherapeutische Leistungen erhöhe demnach die Wahrscheinlichkeit, den ersten Kontakt einzuhalten.

Eine weitere Frage war, ob die Wahrscheinlichkeit, eine Psychotherapie nach erfolgtem Erstgespräch durchzuführen, mit dem Kostenaspekt zusammenhänge. Nahezu die Hälfte der Selbstzahler besuchten mehr als 10 Sitzungen, während bei den HMO- und FFS-Benutzern jeweils fünf von acht Personen mehr als 10 Sitzungen in Anspruch nahmen. Trotz der geringen Stichprobengrösse folgert Nunez (1991; zit. nach Lueger et al. 1999), die Möglichkeit der finanziellen Beiträge der Krankenkassen erhöhe die Wahrscheinlichkeit, von einem einmaligen Kontakt zu einer Fachperson in eine Psychotherapie einzutreten.

Obwohl sich die Kassenbeiträge bei den HMO-Benutzern nach 40 Sitzungen einstellten, blieben 17% weiterhin in Psychotherapie. Bei den FFS-Benutzern zahlten die Kassen nicht mehr als 20 Sitzungen und 50% der FFS-Benutzern blieben weiterhin in Psychotherapie. Die Selbstzahler hingegen blieben nur zu 15% länger als 40 Sitzungen in der Psychotherapie, und 33% blieben mehr als 20 Sitzungen in der Psychotherapie.

Nunez (1991; zit. nach Lueger et al. 1999) folgert daraus, dass vor allem zum Einstieg in eine Psychotherapie ein finanzieller Anreiz wirksam wäre.

Eichenberger (2001) hat in seiner Untersuchung der Ablehnungsgründe der Nichtanspruchnehmer von Psychotherapie die Aussage, Psychotherapie sei zu teuer, nur wenig gefunden. Zudem fand sich ein leichter negativer Zusammenhang mit dem Einkommen: die Personen mit hohem Einkommen fanden eher Psychotherapie zu teuer.

Allerdings hat die Kostenfrage auch eine symbolische Bedeutung. Selber bezahlen erhöht die Autonomie und verringert Schuldgefühle, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dazu entwertet ein zu tiefer Betrag die bezogene Leistung. So wird in Psychotherapien mit Kindern oder psychotischen Personen oft neben der finanziellen Bezahlung auch eine symbolische Bezahlung vereinbart. Dolto¹³⁹ (2000), eine französische Kinderanalytikerin, liess die Kinder für jede Sitzung individuell festgelegte Gegenstände wie Steine oder kleine Beträge vom Taschengeld mitbringen. Wurde für eine Therapiestunde die symbolische Bezahlung vergessen, war dies brauchbares Material, um gedeutet zu werden.

Allerdings fanden Sandell et al. (2001) in ihrer Studie zu Langzeitergebnissen von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien gerade keine Bestätigung für den psychoanalytischen

¹³⁹ Françoise Dolto (1908 – 1988) machte während den 60-er Jahren mit wöchentlichen Radiosendungen zur Kindererziehung die Psychoanalyse und insbesondere die Kinderanalyse in Frankreich populär. Noch heute stehen auf Anregung Doltos spezielle Krippen, die „maisons vertes“, für Kinder ab zwei Monaten und deren Eltern leicht zugänglich in ganz Frankreich zur Verfügung. Darin können beispielsweise Trennungssituationen in geschütztem Rahmen erfahren werden.

Glaubenssatz, „dass Selbstzahler motivierter sind und deshalb mehr Verantwortung für die therapeutische Arbeit übernehmen“ (S. 294).

Psychologische Therapeuten, deren Leistungen von der Grundversicherung der schweizerischen Krankenkassen nicht rückerstattet werden, handeln oft einen Preis aus, der für beide Seiten stimmt. Der Patient bezahlt das, was er gut verkraften kann, der Therapeut fordert das, was ihm angemessen erscheint. Wie das Aushandeln der Krankheitskonzepte (Wilke und Grande 1991) gehört dieses Aushandeln in den ersten Therapiestunden zur Initiierung der therapeutischen Beziehung. Die durch die Krankenkassenbezahlung entfallende Aushandlung verhindert auch die wichtige und anspruchsvolle Auseinandersetzung über den Wert der psychotherapeutischen Leistung, und zwar sowohl für Patienten wie auch für Psychotherapeuten.

2.4.3 Hilfen zur Psychotherapieaufnahme

2.4.3.1 Information zur Entstigmatisierung

Generell wird vorgeschlagen, mit gezielter Information über Häufigkeit und Bedeutung psychischer Störungen zu informieren (z. B. Schepank 1990, Üstün und Sartorius 1995, Hutzli et al. 1995, Bland et al. 1997, Andrews et al. 1999, Kessler 2000a, Franz et al. 2000, Bebbington 2000, WHO ICPE 2000, Rössler 2003, Addis und Mahalik 2003) um der Stigmatisierung, die als Barriere die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen hemmt, entgegenzuwirken.

Da die Hausärzte an erster Stelle sind, psychische Störungen erkennen zu können, wird vor allem eine Verbesserung der diagnostischen Kompetenzen der Hausärzte gefordert (Üstün und Sartorius 1995, Hessel et al. 2000, WHO ICPE 2001). Obwohl Patienten mit psychischen Störungen oft auch in der Hausarztpraxis behandelt werden (Üstün und Sartorius 1995), spielen die Hausärzte bei der fachgerechten Überweisung zur Psychotherapie und beim Prozess zur Psychotherapieaufnahme eine entscheidende Rolle (Hessel et al. 2000).

Nach Tansella (2000) sind sie der „key-point“ (S. 501) für eine angemessene Versorgung. Nicht nur die Ausbildung der diagnostischen Kenntnisse seien jedoch wichtig. „The importance of what happens *before* recognition of psychiatric symptoms is often overlooked“ (S. 501). Tansella (ebda) fordert einen psychosozialen Zugang zu den Patienten. „The doctors have to learn open-ended questioning, picking up verbal and non-verbal cues, handling emotional responses, clarifying and checking them, and finding out about the patients health beliefs“ (S. 501). Ebenso betonen Fischer und Good (1997) die „pretherapy orientation“ (S. 168), die vor allem zur Verbesserung des Inanspruchnahmeverhaltens von Männern beitragen würde.

Hutterer (1996) folgert aus der Consumer-Report-Study, dass sowohl psychotherapeutische Spezialisten als auch psychotherapeutische Basisqualifikationen (z. B. psychotherapeutische Diagnostik) in anderen Gesundheitsberufen (z. B. bei Ärzten) auszubilden und zu erweitern seien. Neben den optimalen Behandlungsmöglichkeiten betont Hutterer (ebda) die Bedeutung der Zuweisung zu psychotherapeutischen Behandlungen. „Eine Zuweisung und Kanalisierung

von Patienten aufgrund einer Indikationsstellung für eine bestimmte Methode könnte weniger erfolgreich sein als eine Unterstützung jener selbstregulierenden Mechanismen, die zu der für den jeweiligen Klienten optimalen Therapeutenpersönlichkeit führt. Es scheint deshalb diskutierenswert, dass Krankenkassen wie Psychotherapeuten (Psychotherapievereine und -verbände) ihre Klientinnen und Klienten dazu ermutigen, die für sie „beste“ Behandlungsmöglichkeit aktiv zu suchen“ (S. 150).

Ebenso wird gefordert, durch gezielte Information und niederschwelliger Bereitstellung psychotherapeutischer Angebote psychische Störungen und Psychotherapie zu entstigmatisieren. Im amerikanischen Sprachraum hat Copeland (2000) den Einbezug der Computer in der Psychiatrie gefordert. Henderson (2000) bezeichnete dies als „provocative idea to elicit our interest and criticism“ (S. 329).

In Deutschland formulierte Kächele (2000) ebenfalls das Modell einer Internetberatung. Golkaramnay et al. (2003) sehen in den modernen Kommunikationsmöglichkeiten wie Internet, E-mail oder SMS neue Möglichkeiten, die psychotherapeutische Versorgung zu optimieren. Sie diskutieren die damit verbundenen Herausforderungen wie rechtliche und ethische, technische und kommunikative Fragen und berichten von positiven Erfahrungen, die sie mit einer „Internetbrücke“ (S. 404) mittels Chatgruppen nach einem stationären Aufenthalt gemacht hatten. Die Autoren plädieren für weitere Evaluationen, um zu prüfen, ob auch Prävention, Beratung oder Therapie im Internet ohne einen vorherigen stationären Aufenthalt mit gleichzeitiger Anbindung ins Internet erfolgreich sein kann.

2.4.3.2 Aktive und kompetente Patienten und Therapeuten

Die Psychotherapieaufnahme ist eine anspruchsvolle¹⁴⁰ Anforderung, die gerade Menschen mit psychischen Störungen nicht leicht fällt (Franz 1997a). Gefordert sind daher Möglichkeiten, den Schritt zu einer Beziehungsaufnahme zu erleichtern.

Berenzon Gorn et al. (2004) befragten in Mexiko 13 Personen zu ihrem Inanspruchnahmeverhalten bezüglich Psychotherapie. Sie legten Wert auf eine qualitative Methodik, um möglichst ursprüngliche Informationen zu bekommen. Die Ergebnisse zeigen, dass der Weg zur Behandlung den Interviewten keine Probleme machten. Sie kombinierten verschiedene Behandler im medizinischen Versorgungssystem; Heiler, Psychotherapeuten und Ärzte. Wen sie wählten, war abhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten, logistischen Problemen, ihren vergangenen Erfahrungen und ihrem verfügbaren sozialen Netz. Ihre Arbeit zeigt, dass der Weg zur Psychotherapie oder einer anderen Behandlung individuell gestaltet wird und die Patienten die vielen vorhandenen Ressourcen wahrnehmen können.

Bereits Möller (1972) hat festgestellt, dass Menschen mit psychischen Störungen oft arztaverse Tendenzen zeigen, die sie von einer Behandlung fernhalten würden. Dieser Haltung stehe eine medizinische Versorgung gegenüber, die ihre Leistungen passiv anbiete und den Schritt zur Inanspruchnahme der Initiative des Klienten überlasse. Daher soll „der Weg des Kranken

¹⁴⁰ Kächele (2000) vergleicht den Weg zur Psychotherapie mit „einem Nadelöhr, durch das ein Reicher nur schwer hindurch kommt“ (S. 15)

zum Arzt auch in umgekehrter Weise zu einem Weg des Arztes zum Kranken“ ausgebaut werden (S. 100).

Diese Forderung wiederholt sich bis heute (Blankenburg 1981, Backenstrass et al. 1997, Franz 1997, Haberfellner 1997, Brusis et al. 1998) und zeigt wieder eine Besonderheit der psychischen Gesundheitsversorgung; die offensichtliche Schwierigkeit, Menschen zu einer Psychotherapie zu motivieren. Um effizient zu motivieren, müssten die Motivierenden auch gut genug überzeugt sein von der Wirksamkeit der Psychotherapie, dem entgegen stehen die Befunde, die zeigen, dass Professionelle des Gesundheitssektors keine bessere Einstellung als Laien gegenüber psychisch Kranken (Lauber et al. 2006a) und deren Behandlungsformen haben. Am Beispiel der Agoraphobie (Expertenbedarf, aber kein Patientenbedarf) und der Sozialphobie (kein Experten-, aber Patientenbedarf) illustriert Wittchen (2002) die unterschiedliche Indikation zwischen Patient und Therapeut, also der unterschiedlichen Beurteilung des Bedarfs, des patienten- und expertendefinierten Bedarfs.

Kächele (2000) fordert eine „konsumenten-orientierte Darstellung“ (S. 9), die hilft, sich zurechtzufinden und die Spielregeln in dieser ungewohnten Situation zu verstehen. Nach Meadows et al. (2000) wurden früher Patienten mit psychischen Störungen als passive Hilfsempfänger angesehen, die Patienten von heute hingegen seien Klienten, die sich aktiv entscheiden würden, Konsumenten einer Dienstleistung zu werden oder eben nicht.

Da diejenigen in Armut, die wenig Gebildeten, die Jungen, die Älteren und die Männer am wenigsten Psychotherapie in Anspruch nehmen (Leaf et al. 1987, Vessey und Howard 1993), empfehlen Leaf et al. (1987), nicht globale, sondern ganz auf die Gruppen der zögernden Inanspruchnehmer gerichtete, spezifische Anstrengungen für eine Verbesserung der Inanspruchnahme zu überlegen.

Mattes (1991) konnte zeigen, dass die Briten zwar nur halb so viel für die Gesundheit ausgeben, aber mit einer engen Einbindung an den Hausarzt zufriedener sind als die Deutschen. Sie kritisiert, dass „eine Umerziehung über die Medien nicht ausreichen wird, die erwünschten Erfolge zu erzielen. Eine persönliche Vermittlung von Gesundheitswissen hingegen könnte vielleicht ein kooperativeres Verhalten der Bürger fördern, die sich sonst nicht durch mehr Zugeständnis an Eigenverantwortung aufgewertet, sondern mit einer zusätzlichen Schuldzuschreibung im Falle ihres Versagens belastet wieder finden“ (S. 98).

Franz (1993) zeigte, dass nach einem Psychotherapieangebot, also einer ermutigenden Unterstützung für eine Psychotherapie, sich zehnmal (30%) mehr Menschen als spontan (3%) für eine Psychotherapie entscheiden können. Auch Riehl et al. (1985), Hessel et al. (2000), Simon et al. (2002) und Üstün und von Korff (1995) zeigten, dass Empfehlungen, die in verbindlichen professionellen Beziehungen eingebunden sind, zu einem effektiven Inanspruchnahmeverhalten beitragen.

Weiterführend ist das Konzept des Empowerments, das anstelle eines hierarchischen von einem egalitären Verhältnis zwischen Patient und Therapeut ausgeht (Lauber und Rössler 2004) und den Prozess bezeichnet, in dem „von psychischer Krankheit Betroffene ihre Würde und ihr Selbstbewusstsein wieder erhalten“ (ebda, S. 149).

Ergebnisse in der gleichen Tendenz berichtete kürzlich Kerz-Rühling (2005). Sie untersuchte die Erfahrungen, die Patienten mit Erstinterviews in einer psychoanalytischen Ambulanz machten. Aus dem Ergebnis der katamnestischen Untersuchung zog sie die Schlussfolgerung, „dass die Effektivität einer psychoanalytischen Ambulanz durch eine flexible Gesprächsfüh-

rung, ein stärkeres Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten, eine klare Indikationsstellung und eine gute Vermittlung erhöht werden kann“ (S. 608).

2.4.3.3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Hutzli und Schneeberger (1995) fordern in ihrer Studie zur psychotherapeutischen Versorgung in der Schweiz mehr Stellen für psychotherapeutisch Tätige in psychiatrischen wie in nicht-psychiatrischen Institutionen. Dies wäre nur auf einen ersten Blick eine „verwegene Forderung“ (S. 230) angesichts der Finanznot des Gesundheitswesens, denn ein vermehrter Einsatz von Psychotherapie würde sich aus volkswirtschaftlichen Gründen aufdrängen (auch Baltensperger 1996).

Ein weiterer Vorschlag der Autoren ist die Gleichstellung der psychologischen und medizinischen Psychotherapeuten. In ihrer Untersuchung wurde klar sichtbar, dass verglichen mit den Medizинern nur wenig Psychologen in Institutionen und kaum Therapeuten mit anderen Grundausbildungen tätig sind. Dadurch sind die Möglichkeiten für psychologische Therapeuten, Erfahrungen in der Behandlung von schweren Störungen zu sammeln, stark eingeschränkt¹⁴¹. Ausserdem würden auch Institutionen von Ressourcen profitieren, die die psychologischen Therapeuten mit der dezidiert nicht-medizinischen Grundhaltung bieten können.

Die Autoren schlagen vor, mit Gruppenpraxen die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern und sehen darin eine Möglichkeit, den unterversorgten Bevölkerungs- und Patientengruppen den Zugang zur Psychotherapie zu erleichtern. Konkret schlagen sie den Einbezug psychologischer Therapeuten in HMO-Praxen vor. Dies hätte eine Reihe von Vorteilen. Die Zusammenarbeit von somatischen Ärzten mit Psychotherapeuten würde die fachgerechte Überweisung von Patienten erleichtern, somit würde die Schwelle für die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Leistung gesenkt, da die meisten Menschen zuerst den Hausarzt mit psychischen Problemen aufsuchen.

HMO-Praxen könnten besser über das Angebot informieren und „haben weniger den Anstrich von elitär-abgehobenen, allzu intimen oder gar zweifelhaften Seelenkabinetten“ (S. 231). Ausserdem würden Gruppenpraxen die Möglichkeit gegenseitiger Intervention und gemeinsamer Qualitätssicherungsmassnahmen bieten. In die gleiche Richtung zielt der Vorschlag von Buchholz (2002b), der für die Behandlung depressiver Patienten den Hausärzten rät, bei bestimmten Symptomen und Gegenübertragungsgefühlen konsiliarisch einen Psychotherapeuten zuzuziehen.

¹⁴¹ Dazu kommt die desolate Bezahlungssituation mit den schweizerischen Krankenkassen, die Psychotherapien bei psychologische Therapeuten nur mit der sehr unterschiedlichen Zusatzversicherung bezahlt, welche oft nur einen vernachlässigbaren Beitrag an die Kosten einer Psychotherapie zahlen (z. B. Fr. 600.- pro Kalenderjahr, Groupe mutuel). Gerade Personen mit schweren psychischen Störungen sind oft nicht in der Lage, eigene finanzielle Beiträge an die Therapien zu zahlen.

3. Design der vorliegenden Studie

Die vorliegende Studie will den Prozess zur Psychotherapie-Aufnahme beleuchten. Dies geschieht anhand einer Befragung von Psychotherapiepatienten aus der eigenen Praxis. Sie sollen ihren eigenen Entscheidungsprozess zur Psychotherapie erinnern und davon berichten. Dies legt nahe, Design und Methodik aus dem qualitativen Forschungsbereich zu wählen.

In diesem Kapitel werden zunächst einige Grundzüge der qualitativen Forschung dargestellt. Der qualitative Ansatz wird von verschiedenen Forschern als nicht so etabliert wie der quantitative Ansatz dargestellt. Viele Fragen und Diskussionen drehen sich deshalb um die Legitimation der qualitativen Forschung. Wichtige historische Entwicklungen und Grundsätze wie Offenheit und Kommunikation oder die Unterbewertung der qualitativen Forschung und deren Lösung durch eine Kombination verschiedener Methoden werden dargestellt.

Schliesslich werden auch verschiedene Methoden, Gütekriterien und Designs des qualitativen Forschungsansatzes vorgeführt (Kap. 3.1). Besonders interessiert das Design der Fallanalyse, sie ist ein wichtiger Untersuchungsplan innerhalb der qualitativen Forschung und wird zunächst allgemein dargestellt (Kap. 3.2). Anschliessend wird die Fallanalyse an der vorliegenden Studie aufgerollt. Sie erklärt aus Sicht des Designs die Verwendung der verschiedenen Teile und Methoden der Untersuchung, wie die Fragestellung, Ziele und Grenzen, Auswahl der Fälle und die verschiedenen Untersuchungs- und Auswertungsmethoden (3.3).

3.1 Qualitative Forschung

Das qualitative Forschungsparadigma ist in den USA seit den 60-er Jahren, trotz der bis heute bestehenden Dominanz der quantitativen Forschung, populärer geworden (Bryman 1999, Flick 2000b). In den 70-er Jahren wurde der qualitative Forschungsansatz im europäischen Raum übernommen, seit Mitte der 80-er Jahre entstand eine Fülle eigenständiger deutscher Literatur (Faller und Frommer 1994, Flick et al. 2000, Mayring 2002, Breuer und Mruck 2000) welche die qualitative Forschung mittlerweile etabliert hat.

In der Schweiz ist die qualitative Forschung nach Eberle (2005) ebenso verbreitet wie in anderen Ländern, dennoch „hinken Vernetzung und Institutionalisierung – was Information, Unterstützung, Ressourcen, Qualitätskontrollen, und Schulungsoptionen angeht – dem Stand in einigen anderen Ländern hinterher“ (ebda, S.1). An den meisten schweizerischen Universitäten und Hochschulen würden qualitative Methoden lediglich zum freiwilligen Teil sozialwissenschaftlicher Ausbildung gehören. Zudem fehle ein Archiv und Servicezentren zur Unterstützung und Beratung qualitativ Forschender. Gegenwärtig hat der Wissenschaftspolitische Rat für die Sozialwissenschaften, eine Kommission der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften, eine Initiative zur Förderung der qualitativen Sozialforschung in der Schweiz lanciert (ebda).

Der qualitative Ansatz ist ein alter (z. B. Mayring 2002) Forschungszweig, der zugunsten der Dominanz des quantitativen Ansatzes lange Zeit eine marginale Stellung innehatte (Bortz und

Döring 1995). In den letzten Jahren allerdings ist eine „qualitative Wende“ (Mayring 2002, S. 9) und eine „frische Brise“ (Breuer und Mruck 2000, S. 1), welche gegenüber der qualitativen Forschung in den letzten Jahren aufkomme, zu verzeichnen. So wird die qualitative Forschung auch als junger (z. B. Faller und Frommer 1994) Forschungszweig angesehen, deren Vorzüge, Vergleiche und Verfahren heute rege (Stuhr 2001, Breuer et al. 2000, Mayring 2002) diskutiert werden.

Dennoch sind die Vorbehalte gegenüber der qualitativen Forschung unübersehbar, und Klagen aus den eigenen Reihen nicht zu überhören, der qualitative Forschungszweig werde unterschätzt und nicht gebührend respektiert (z.B. Breuer und Mruck 2000, Flick et al. 2000, Mayring 2002). Der grossen Zurückhaltung gegenüber der Systematik und Überprüfbarkeit der Methoden, die auch innerhalb der qualitativen Forschung immer noch besteht, wird mit den Vorschlägen von Ablaufmodellen, die auch quantitative Analyseschritte ermöglichen, entgegengetreten (Mayring 2002).

Gleichzeitig wird die qualitative Forschung von McLeod (2001) als „Bricolage“ (S. 119) bezeichnet, die die Instabilität der qualitativen Methoden betont: „What may at first sight seem to be a certainty about method and its application does not always work in practice. The method needs to be adapted to circumstances, the method differs according to who uses it, the researcher needs to be flexible“ (ebda). Auch Denzin und Lincoln (2000c) brauchen den Begriff des Bastlers für den qualitativen Forscher: „The bricoleur understands that research is an interactive process shaped by his or her personal history, biography, gender, social class, race, and ethnicity, and those of the people in the setting“ (S. 2).

3.1.1 Die Chicagoer Schule und der Symbolische Interaktionismus

Als Ursprung¹⁴² der qualitativen Forschung wird die Chicagoer Schule¹⁴³ angesehen (z. B. Bortz und Döring 1995, Flick 2000b, Mayring 2002, Bryman 1999). Diese ist in den 20-er Jahren an der Universität Chicago entstanden und nähert sich nach Mayring (2002) „der sozialen Realität mit unstrukturierten Beobachtungen und offenen Befragungen“ an (S. 10). Als grundlegend für die Chicagoer Schule und für die weitere Entwicklung qualitativer Forschung (Ohlbrecht 2000) gilt die Studie von Thomas und Znaniecki (1918), in der die Formen und Probleme sozialer Integration von Einwanderern anhand des Immigration Schubes polnischer Bauern in die USA untersucht wurden.

Aus der Chicagoer Schule ist der „symbolische Interaktionismus“¹⁴⁴ (Blumer 1973, S. 144) hervorgegangen. Blumer (ebda) geht davon aus, dass das Verhalten der Menschen von den subjektiven Bedeutungen, die sie den Objekten und Personen ihrer Umwelt zuweisen, geprägt ist. Drei Prämissen sind wichtig:

1. dass Menschen „Dingen“ gegenüber auf der Grundlage der Bedeutungen handeln, die diese Dinge für sie besitzen,

¹⁴² Obwohl Platt (1996) dies als modernen Ursprungs-Mythos erklärt, ist die häufige Überzeugung, die Chicagoer Schule sei der Ursprung der qualitativen Forschung, ebenso bedeutsam (Bryman 1999).

¹⁴³ Umfassendes zur Chicagoer Schule hat Bulmer (1984) dargestellt.

¹⁴⁴ „...eine in gewisser Weise barbarische Wortschöpfung, die ich so nebenbei in einem Artikel vornahm“ (Blumer 1973, S. 144).

2. dass die Bedeutung solcher Dinge aus der sozialen Interaktion, die man mit seinen Mitmenschen eingeht, abgeleitet ist oder aus ihr entsteht,
3. dass diese Bedeutungen in einem interpretativen Prozess, den die Person in ihrer Auseinandersetzung mit den ihr begegnenden Dingen benutzt, gehandhabt und abgeändert werden (S. 81).

Die Grundprinzipien des symbolischen Interaktionismus sieht Denzin (2000a) wie folgt: „Der Begriff symbolisch bezieht sich auf die sprachlichen Grundlagen des menschlichen Zusammenlebens; Interaktion hebt darauf ab, dass Menschen nicht auf ihr Gegenüber hin, sondern in wechselseitiger Beziehung zueinander gemeinsam handeln“ (S. 137).

Er verweist auf die Geschichte des symbolischen Interaktionismus in Amerika als Leidensweg: „Er wurde oft totgesagt, und seine Vertreter wurden verleumdet. Aber er weigert sich zu sterben. Heute erfreut sich der Interaktionismus bester Gesundheit und beweist seine Lebendigkeit in einschlägigen Zeitschriften, auf Jahrestagungen und Symposien“ (S. 137).

Beeinflusst durch die Chicagoer Schule waren auch Glaser und Strauss (1967), die die grounded theory oder die gegenstandsbezogene Theorie entwarfen; eine Auswertungstechnik, die den Fokus auf die Nähe zu den Daten legt und in den Daten verankert (grounded) ist. Während offen und vorurteilsfrei an Texte herangegangen wird, soll gleichzeitig mit Hilfe von vorher festgesetzten Regeln das Material durchgearbeitet werden.

In Anlehnung an die grounded theory entwickelte Mayring (2000) eine weniger stark strukturierte Inhaltsanalyse, die auf eine lockerere Vernetzung von Kategorien und Subkategorien zielt.

3.1.2 Kommunikation und Offenheit

Ein weiteres Merkmal des qualitativen Paradigma ist die Betonung des kommunikativen Aspekts des Datengewinnung. Der Forscher, der in der quantitativen Forschung als neutraler Fragenvorleser und Antwortnotierer keinen Störfaktor in der Untersuchung darstellen soll, wird als unrealistisches Ideal kritisiert (Hintermeier 1994, Lamnek 1995a, Mayring 2002). Vielmehr soll die sowieso stattfindende Beeinflussung des Forschers genutzt werden; nach Blumer (1973) in Richtung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit zur Ermittlung des „eigensinnigen Charakters der empirischen Welt“ (S. 109), nach Hoffmann-Riehl (1980) gewinnt der Forscher den Zugang zu Daten nur, „wenn er eine Kommunikationsbeziehung mit dem Forschungsobjekt eingeht“ (S. 343).

Habermas (1981) fordert in der Theorie des kommunikativen Handelns als Bedingung für sozialwissenschaftliche Erkenntnis sogar eine aktive Teilnahme an der Lebenswelt der Beforschten. Auch Bryman (1999) betont die unterschiedliche Beziehung zwischen Forscher und Subjekt einer Studie, welche in der quantitativen Forschung nicht existent, in der qualitativen Forschung Bedingung sei, weil der qualitativ Forschende die Welt durch die Augen seiner Probanden sehen soll.

Andere Autoren betonen das Vorwissen des Forschers, welches aus der persönlichen, privaten und beruflichen Geschichte und den theoretischen Vorkenntnissen besteht (Flick et al. 2000, Meinefeld 2000, Mayring 2002, Yin 2003a).

Ebenfalls grundlegend für die qualitative Forschung ist das Prinzip der „Offenheit“ (Hoffmann-Riem 1980, S. 345, Lamnek 1995a, S. 22 und S. 139). Während des Forschungsprozesses soll eine grösstmögliche Offenheit bestehen bleiben, damit auch Datenmaterial, mit welchem nicht gerechnet wird, sichtbar werden kann. Auf eine vorgängig explizite Hypothesenbildung wird verzichtet, um den empirischen Erkenntnisgewinn nicht durch ein aufoktroyiertes Kategoriensystem zu begrenzen (Blumer 1973, Glaser und Strauss 1967, Meinefeld 2000). Nach Witzel (1985) ist die Problemsicht der Subjekte entscheidend: „Es gilt, die Daten sprechen zu lassen, sie möglichst unvoreingenommen, beginnend bei vorläufigen Klassifikationen bis hin zu reichhaltigeren Konzepten zu analysieren“ (S. 228).

Die Forderung nach Offenheit der Methodik als „Kernstück qualitativer Forschung“ (Meinefeld 2000, S. 265) bringt den Verzicht auf Hypothesen mit sich. Glaser und Strauss (1967) haben bereits gefordert, der Forscher möge sich freimachen von allem Vorwissen und sogar auf die vorgängige Lektüre theoretischer und empirischer Arbeiten zu seinem Themenbereich verzichten, um seinem Forschungsfeld möglichst unvoreingenommen entgegentreten zu können. Theorien sollten demnach nicht am Beginn, sondern erst am Ende des Forschungsprozesses stehen, da das Ziel nicht der Theorietest, sondern die Theoriegenerierung sei.

3.1.3 Unterschiede qualitativer und quantitativer Forschung

Quantitative und qualitative Forschungsrichtungen werden oft an ihren Unterschieden beschrieben, deren Wurzeln nach Mayring (2002) auf zwei Traditionen der Geistesgeschichte zurückführen; der aristotelischen und galileischen Tradition¹⁴⁵.

Die Differenzen der beiden Paradigmen werden meist in polarisierter Form dargestellt. Während das normative Paradigma der quantitativen Forschung erklärend und theorieprüfend sei, dabei objektiv, ätiologisch, ahistorisch und geschlossen untersuche, sei das interpretative Paradigma der qualitativen Forschung verstehend, entwickle eher Theorien als dass sie sie prüfe, gehe induktiv, subjektiv, interpretativ, historisierend und offen vor (Lamnek 1995a). Die quantitativ Forschenden wählen nach Lamnek (ebda) ein starres, statisches und distanziertes Vorgehen, die qualitativ Forschenden hingegen eher ein flexibles, dynamisch-prozesshaftes und identifikatorisches Vorgehen.

Hintermeier (1994) kritisiert die „Gegenstandsunangemessenheit“ (S. 16), das „Quantifizieren als eine Einschränkung der Erkenntnismöglichkeiten“ (ebda), die „Schein-Objektivität“ (S. 17), die „Distanz der ForscherInnen zum Gegenstand“ (S. 18) und schliesslich die „Herrschaftsstabilisierung“ (ebda) der quantitativen Methoden bei der Erforschung sozialer Phänomene. Im Gegenzug hebt sie die Offenheit, die Kommunikativität, das Einbeziehen der Subjektivität, die Prozesshaftigkeit, Reflexivität, Flexibilität und Explikation als zentrale Prinzipien der qualitativen Forschung hervor.

¹⁴⁵ Galileo Galilei (1564 – 1642) sucht Kausalerklärungen nach deduktiver Logik, welche mittels Methoden gefunden und überprüft werden. Aristoteles (384 – 322 v. Chr.) hingegen betont die historischen und entwicklungsmässigen Aspekte, bei denen die Gegenstände dem Werden und Vergehen unterworfen sind, neben dem deduktiven bildet auch ein induktives Vorgehen die Grundlage für sinnvolle Einzelanalysen.

Zu Recht plädieren Bortz und Döring (1995)¹⁴⁶ für die vorsichtige Verwendung dieser Gegensätze, die „nicht als Dichotomien, sondern als bipolare Dimensionen aufzufassen“ (S. 274) seien und deren Kategorien stark durch Wertungen überdeckt würden und damit die Forschungspraxis verzerrt wiedergeben würden. Beispielsweise werde der quantitative Ansatz als „partikulär“ (S. 274) bezeichnet und erscheine so gegenüber dem „holistischen“ (S. 274) qualitativen Ansatz als defizitär.

Andere Autoren argumentieren, die konventionelle Trennung der quantitativen und qualitativen Forschung sei nicht einfach ein simpler Kontrast zwischen den beiden Standpunkten, sondern soll auf mehrere Dimensionen ausgeweitet werden. Nicht wie an einer Wegkreuzung, an der man rechts oder links wählen könne; sondern aus der Fülle von quantitativen und qualitativen Möglichkeiten soll geschöpft werden. Die Trennung zwischen qualitativen und quantitativen Methoden enge die Komplexität des Problems zu sehr ein (Hammersley und Gomm 2000).

Auch Bryman (1999) meint, die Diskussion in der Fachwelt zeichne ein übertriebenes Bild der Differenzen der beiden Forschungstraditionen, tatsächlich seien die Unterschiede nicht so gravierend. Ebenso kritisiert Murray Thomas (2003) in seinem Lehrbuch die simple Gegenüberstellung der beiden Forschungszweige, er bevorzugt eine Kombination qualitativer und quantitativer Schritte „the best answer frequently results from using a combination of qualitative and quantitative methods“ (S. 7).

Gerade in den Naturwissenschaften werde die Rolle des Verstehens und Deutens unterschätzt und fälschlich in die Nähe philosophischer Spekulationen gerückt, meint Wagner (1996). Dabei werde übersehen, „dass die Auslegung, das Verstehen von Phänomenen als hermeneutisches Prinzip in jedem wissenschaftlichen Tun die Vorbedingung weiterer Schritte ist“ (ebda S. 224).

Ebenso bezeichnet Alberti (1994) den Unterschied zwischen qualitativer und quantitativer Methodik nicht als grundsätzlich, sondern als graduell. Lediglich der Zeitpunkt, an dem im Forschungsprozess die Interpretation erfolgt, sei unterschiedlich. Während die quantitativ Forschenden zuerst Kategorien aufstellen, die „automatisch“ (S. 56) codiert werden können und die hermeneutische Arbeit erst später, nach den Ergebnissen, erfolgt, interpretieren die qualitativ Forschenden bereits bei der Herstellung der Kategorien.

Nach Faller (1994) sind die Begriffe „qualitativ“ (S. 30) und „quantitativ“ (S. 30) nur tendenziell einander ausschliessende Begriffe, die nicht sinnvoll als „Grenzpfähle“ (S. 30) zu benutzen seien. Nur von der Fragestellung hänge ab, welcher Zugang der angemessenere sei.

3.1.4 Qualitative Forschung: unterbewertet und in weiblicher Hand

Bryman (1999) bezeichnet die Datenart der quantitativen Forschung als „hard“ (S. 36), und „reliable“ (S. 36), diejenige der qualitativen Forschung als „rich“ (S. 36) und „deep“ (S. 36).

¹⁴⁶ Bortz und Döring gelten als Experten der Statistik für die quantitative Forschung, die jedoch in ihrem Buch „Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler“ (1995) explizit die qualitative Forschung beschreiben.

Haasbacher und Hüffel (1994) etwa diskutieren das Spannungsverhältnis zwischen der feministischen Forschung und der Qualitativen Sozialforschung.

Gherardi und Turner (1999) jedoch kritisieren in ihrem Aufsatz „real men don't collect soft data“ (S. 103) die in der Diskussion der Sozialwissenschaften gängige Auffassung¹⁴⁷, die quantitative Forschung mit harter und männlicher, die qualitative Forschung mit weicher und weiblicher Sicht der Welt gleichzusetzen: „Collecting hard data means making hard decision, taking no nonsense, hardening one's heart to weaklings, building on a hard core of material, using hard words to press on to hard won results which often carry with them promises of hard cash for future research and career prospects. By contrast, soft data is weak, unstable, impressible, squashy and sensual“ (S. 103). Daher würden die qualitativ Forschenden als weichherzige „Softies“ (ebda) und Schwächlinge nicht ernst genommen, „so that it is only right that they should be employed on soft money“ (S. 103).

Im Wissenschaftsbetrieb herrsche die Auffassung, qualitative Forschung sei lediglich quantitative Forschung ohne Quantifizierung. Viele empirische Studien würden brachliegen, weil wissenschaftliche Vorschriften für eine Veröffentlichung zu rigid und formalistisch seien (auch Blumer 1973). Sie fordern eine bessere Kommunikation zwischen den beiden Forschungsrichtungen und eine offenere Haltung gegenüber der reichen und komplexen qualitativen Forschungstradition.

Auch Breuer und Mruck (2000) reden vom „Schattendasein“ (S. 1) der qualitativen Forschergemeinschaft, qualitativ arbeitende Psychologen dürften froh sein, wenn man sie gewisse Nischen besetzen lasse. Meist würden sie Randexistenzen in ihrer Fachgemeinde bleiben, die mehr oder weniger offen belächelt, diskriminiert und abgewertet würden. Dieser Entwertung entgegenwirkend, bieten Breuer und Mruck (2000) mit dem „Forum für Qualitative Sozialforschung“ im Internet eine Plattform zur Vernetzung für die qualitativ Forschenden an.

3.1.5 Triangulation als Lösung zur Unterbewertung der qualitativen Forschung

Konsens der neueren Literatur ist die Kombination beider methodischen Verfahren. Auch dieser Vorschlag ist nicht neu. In der 30-er Jahren ist die Marienthalstudie¹⁴⁸ (Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel 1933, Jahoda 1995) entstanden; eine wegweisende Studie der Arbeitslosenforschung im deutschsprachigen Raum, welche qualitative und quantitative Methoden miteinander verbunden hat.

¹⁴⁷ Bestätigend ist anzufügen, dass auffallend viele Frauen unter den Autoren der qualitativen Literatur zu finden sind (z. B. Jahoda Marie 1933, Hoffmann-Riem Christa 1980, Krause Jacob Marianne 1992, Hintermeier Sonia 1994, Haasbacher Lisa 1994, Hüffel Karin 1994, Platt Jennifer 1996 und 1999, Gherardi Silvia 1999, Eisenhardt Kathleen 1999, Mruck Katja 2000, Hopf Christel 2000, Steinke Ines 2000, von Wyl Agnes 2000).

¹⁴⁸ In der Wirtschaftsdepression der 30-er Jahre besuchte eine Wiener Forschungsgruppe das Dorf Marienthal, in dem eine Fabrikschliessung weitgehende Arbeitslosigkeit zur Folge hatte. Ziel war, Ausmass und Folgen der Arbeitslosigkeit zu untersuchen. Die bis heute gültigen Ergebnisse wurden trotz abenteuerlichem methodischen Vorgehen (Wacker 1992) in einer „schöpferischen Verknüpfung von quantitativen (z. B. Messung der Ganggeschwindigkeit, Einkommenstatistiken) und qualitativen Methoden (z. B. Interviews, Haushaltsbücher, Tagebuchaufzeichnungen, Aufsätze von Jugendlichen über ihre Zukunftsvorstellungen, Analyse von Akten)“ (Flick et al. 2000, S. 16) gefunden. Sie sind kurz von Marie Jahoda in einem Vortrag zusammengefasst: „Arbeitslosigkeit führt zur Resignation, nicht zur Revolution“ (Wacker 1992, S. 13).

Die Verwendung verschiedener methodischer Zugänge wird heute als „Triangulation“ (Flick 2000a, S. 309) bezeichnet. Die Triangulation als geometrische Messmethode dient der Bestimmung des Ortes von zwei bekannten Punkten aus, entsprechend wird ein Forschungsgegenstand von mindestens zwei Punkten aus betrachtet und mit mindestens zwei Verfahren analysiert. Zunächst wurde von Denzin (1978) angeführt, die Triangulation bestehe in einem komplexen Prozess des Gegeneinander-Ausspielens verschiedener Methoden, denn Hypothesen, die verschiedene (qualitative und quantitative) Messverfahren überstanden hätten, seien valider als eine nur mit einer Methode getestete Hypothese. Heute wird nach Denzin (2000b) die Triangulation als Strategie auf dem Weg weniger zu Validität und Objektivität, als vielmehr zu einem tieferen Verständnis des untersuchten Gegenstandes, verstanden. Die Triangulation wird heute in zahlreichen Studien angewendet, ein aktuelles Beispiel ist die empirische Studie mit qualitativer Inhaltsanalyse über Emotionen und Lernstrategien in der Schule von Gläser-Zikuda (2001).

3.1.6 Methoden in der qualitativen Forschung

In der qualitativen Forschung wird mit verschiedenen Methoden gearbeitet, die sich auch mit quantitativen Methoden kombinieren lassen. Es lassen sich drei Schritte bei der Wahl der Methoden unterscheiden: die Methoden der Datenerhebung, der Datenaufbereitung und der Datenauswertung.

Wichtig für die Datenerhebung ist die Methode des qualitativen Interviews, die „mittlerweile wohl ihre volle wissenschaftliche Anerkennung gefunden haben dürfte“ (Lamnek 2002, S. 157). Ein umfassender aktueller Überblick zu qualitativen Interviews findet sich bei Hopf (2000) oder Lamnek (2002). Besonders bekannt ist die Methode des narrativen Interviews, die Schütze (1977) formuliert hat. Beim narrativen Interview wird der Interviewpartner nicht mit standardisierten Fragen konfrontiert, sondern zu einer freien Erzählung animiert, in der sich subjektive Bedeutungsstrukturen herauschälen, die sich einem systematischen Abfragen verschliessen würden. Andere Methoden sind beispielsweise die teilnehmende Beobachtung (Flick 1998), bei der die grösstmögliche Nähe zum Gegenstand wichtig ist, dabei steht der Beobachter nicht passiv ausserhalb des Geschehens, sondern nimmt selbst teil an der sozialen Situation, in die der Gegenstand eingebettet ist.

Bei den Aufbereitungsverfahren wird zwischen der Wahl der Darstellungsmittel und den verschiedenen Möglichkeiten der Transkription unterschieden.

Als Auswertungsverfahren gelten unter anderen die gegenstandsbezogene Theoriebildung (Glaser und Strauss 1967), die sozialwissenschaftlich-hermeneutische Paraphrase, bei der sich das Verstehen im „hermeneutischen Zirkel“ (Mayring 2002, S. 111) vollzieht, die qualitative Inhaltsanalyse, die für die vorliegende Untersuchung gewählt und später ausführlicher besprochen wird, die objektive Hermeneutik (Oevermann et al. 1979), die die hinter den subjektiven Bedeutungen stehenden objektiven Sinnstrukturen erschliessen will, oder die psychoanalytische Textinterpretation (Lorenzer 1986), bei der mit psychoanalytischen Mitteln verdrängte Inhalte freigelegt und analysiert werden sollen, oder das JAKOB-Verfahren, bei welchem mit kleinsten Texteinheiten gearbeitet wird. Ein Beispiel dazu ist die Arbeit von von Wyl (2000).

3.1.7 Gütekriterien der qualitativen Forschung

Auch bei den Gütekriterien gelten für den qualitativen Forschungsansatz nicht einheitliche Kriterien. Nach Steinke (2000) kann die heterogene Literatur zu Qualitätskriterien in drei Grundpositionen zusammengefasst werden:

1. Zentrale Kriterien wie Objektivität, Validität und Reliabilität werden aus der quantitativen Forschung übernommen und an die qualitative Forschung angepasst.
2. Die Übertragbarkeit quantitativer Kriterien auf die qualitative Forschung wird bezweifelt. Eigene Kriterien werden formuliert; die Triangulation, die Validierung der Interviewsituation (Interviews werden daraufhin analysiert, ob die Interviewpartner wahrheitsgemäss erzählen) und die Authentizität (Wurde mit den Äusserungen der Untersuchten sorgfältig umgegangen? Wurden die multiplen Konstruktionen der Untersuchten im Forschungsprozess angemessen erhoben und aufeinander bezogen?)
3. Es wird generell gegen die Möglichkeit, Qualitätskriterien für die qualitative Forschung zu formulieren, argumentiert.

Der Mainstream der qualitativen Forschung vertritt die zweite Position, in der eigene, spezifisch auf die qualitativen Methoden und Strategien ausgerichtete Gütekriterien formuliert werden. Dabei sind folgende Punkte, orientiert an Mayring (2002), Flick (2000b) und Steinke (2000) wichtig:

Nachvollziehbarkeit: Durch genaue Dokumentation des Forschungsprozesses kann der Leser nachvollziehen, wie die Ergebnisse entstanden sind (Steinke 2000, Mayring 2002): Matt (2000) findet für die Validierung in der qualitativen Forschung die „Nachvollziehbarkeit“ (S. 585) wichtig, weil bereits die Datenauswahl eine Interpretation „der Signifikanz des Wiedergegebenen“ (ebda) darstelle.

Angemessenheit: Die Indikation des qualitativen Vorgehens angesichts der Fragestellung und die Indikation der Methodenwahl soll angemessen sein. Die Bildung und Überprüfung von Theorien sollte in der qualitativen Forschung empirisch, also in den Daten begründet, sein. Mit dem Leitgedanken der Gegenstandsangemessenheit, der Nähe zum Gegenstand, soll möglichst nahe an der natürlichen Lebens- und Alltagswelt der Betroffenen geforscht werden.

Offenheit: Zwar soll die qualitative Forschung gegenüber ihrem Gegenstand offen sein, so dass vorgeplante Analyseschritte modifiziert werden können. Dies darf aber nicht in unsystematischem Vorgehen münden, sondern das Vorgehen soll regelgeleitet sein und durch die Festlegung bestimmter Analyseschritte abgesichert werden.

Kommunikation: Die forschende und die beforschte Person sollen in einem Dialog stehen. Mit der kommunikativen Validierung ist die Besprechung der Ergebnisse mit den Beforschten gemeint. Dieses Vorgehen ist jedoch umstritten (Steinke 2000). Bleibend ist der Gedanke, dass der Forscher den Dialog mit den Beforschten aufnimmt, sie nicht nur als Datenlieferanten wahrnimmt, sondern als denkende Objekte wie die Forscher auch.

Triangulation: Mit der Triangulation wird die Qualität der Forschung durch die Verbindung mehrerer Analysegänge vergrößert. Triangulation meint den Versuch, für die Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu finden und die Ergebnisse zu vergleichen. Ziel ist dabei nie, eine völlige Übereinstimmung zu erreichen, sondern Stärken und Schwächen verschiedener Perspektiven zu vergleichen. Dabei sind auch Vergleiche quantitativer und qualitativer Analysen sinnvoll. Wie die Schenkel eines Triangels sind beide Verfahren aufeinander angewiesen, „um einen reinen Klang hervorzubringen“ (S. 148).

Relevanz: Die Forschungsarbeit soll relevant sein und einen theoretischen Beitrag leisten können. Ausserdem soll geprüft werden, ob der Forschungsprozess durch Selbstbeobachtung begleitet wurde, ob die persönlichen Eigenschaften für die Erforschung des Gegenstandes reflektiert wurden und ob eine Vertrauensbildung zwischen Erforschten und Forscher bestand.

Theoriebildung: Die Bildung einer neuen Theorie soll in den Daten begründet sein. Widersprüche in den Daten und Interpretationen sollen herausgearbeitet oder offen dargelegt werden.

3.1.8 Design in der qualitativen Forschung

Das breite und heterogene Feld der qualitativen Forschung bietet verschiedene Wege, das Untersuchungsdesign oder den Untersuchungsplan zu strukturieren (Leuzinger-Bohleber 1995, Mayring 2002, Flick 2000b, Yin 2003a).

So meint der Untersuchungsplan nach Mayring (2002) die grundsätzliche Untersuchungsanalyse, das Forschungsarrangement oder das Forschungsdesign, welches auf formaler Ebene Untersuchungsziel und -ablauf umfasst. Davon unterschieden werden die konkreten Untersuchungsverfahren, die Methoden der Datenerhebung, Datenaufbereitung und -auswertung. Mayring (ebda) betont, dass die Unterscheidung zwischen Untersuchungsplan und Untersuchungsverfahren viel zu wenig beachtet werde, was dann zu „einem Durcheinander an Methoden“ (S. 40) führe. Flick (2000b) hält fest, dass bei der Konstruktion eines Forschungsdesigns „die Zielsetzung der Studie, der theoretische Rahmen, die konkrete Fragestellung, die Auswahl empirischen Materials, die methodischen Herangehensweisen, der Grad an Standardisierung und Kontrolle, die Generalisierungsziele und die zeitlichen, personellen und materiellen Ressourcen“ (S. 253) eine Rolle spielen. Yin¹⁴⁹ (2003a) hingegen definiert den Begriff Forschungsdesign als die Gesetzmässigkeit, welche die zu sammelnden Daten und die daraus sich ziehenden Schlüsse verbindet „...the logic that links the data to be collected (and the conclusions to be drawn) to the initial questions of the study“ (S. 19).

¹⁴⁹ Yin ist CEO von COSMOS Corporation (www.Cosmoscorp.com), einer privaten Firma, die angewandte Forschung im Bereich der Sozialwissenschaften betreibt und sowohl für den Staat, aber auch für private profit- und nonprofit- Unternehmen arbeitet. Yin ist im amerikanischen Raum auch im wissenschaftlichen Bereich als Spezialist für die Case Study-Methode bekannt.

3.2 Die Fallstudie

Die Fallstudie hat innerhalb der qualitativen Forschung eine zentrale Stellung und wird als „idealtypisches Forschungsmuster qualitativen Zuschnitts“ begriffen (Lamnek 1995b, S. 2). Sie¹⁵⁰ ist eine der am weitest verbreiteten qualitativen Forschungsmethoden (Yin 2003a, Bryman 1999, Eisenhardt 1999, Mayring 2002) und wird nach Gassmann (1999) vor allem zur „ganzheitlichen Untersuchung von realen Phänomenen in ihrem Alltagskontext“ (S. 11) eingesetzt oder nach Yin (2003a) angewendet, wenn ein zeitgenössisches Problem im Alltagskontext untersucht werden soll, dabei die Abgrenzungen zwischen Phänomen und Kontext unklar sind und verschiedene Quellen verwendet werden.

Zum Design der Fallanalyse bieten sich verschiedene Alternativen an: 1. Die Dokumentenanalyse, die Material erschliesst, das „nicht erst vom Forscher durch Datenerhebung geschaffen werden muss“ (Mayring 2002, S. 47). 2. Die Feldforschung, die „ihren Gegenstand in möglichst natürlichem Kontext untersuchen“ (Mayring 2002, S. 55) will. Sie ist jedoch nur anwendbar, wenn das Feld ohne grosse Störungen zugänglich ist. 3. Das qualitative Experiment, das versucht, „durch einen kontrollierten gegenstandsadäquaten Eingriff in den Untersuchungsbereich unter möglichst natürlichen Bedingungen Veränderungen hervorzubringen, die Rückschlüsse auf dessen Struktur zulassen“ (Mayring 2002, S. 59).

Die Fallstudie oder die Case Study wird als „Forschungsstrategie“ (Creswell¹⁵¹ 2003, S. 183, Yin 2003a, S. 1), „Forschungsmethode“ (Gomm et al. 2000, S. 1, Yin 2003b, S. 4), als „Forschungsdesign“ (Yin 2003a, S. 19), „Basisdesign“ (Flick¹⁵² 2000b, S. 253) und als „Forschungsansatz“ (Lamnek 1995b, S. 7) verstanden. Stake (1995) bezeichnet die Case Study als eine Forschungsstrategie, in welcher der Forscher ein Programm, ein Ereignis, eine Aktivität, einen Prozess oder eines oder mehrere Individuen in die Tiefe exploriert. Der Fall oder die Fälle sind durch Zeit und Aktivität beschränkt, und die Forscher sammeln über eine bestimmte Zeitperiode Informationen, indem sie verschiedene Methoden für die Datensammlung benutzen.

3.2.1 Hauptpunkte und Definitionen der Fallstudie

Die Fallstudie wird uneinheitlich definiert. Im amerikanischen Sprachraum vertritt vor allem Yin die Forschung um die Case Study. Sein Standardwerk „Case Study Research“ (2003a) wird durch den Begleitband „Applications of Case Study Research“ (2003b) ergänzt, beide Bücher sind für die vorliegende Studie relevant.

¹⁵⁰ Nach Platt (1999) war die Case Study eine Schlüsselidee für die methodologische Diskussion in der Soziologie zwischen den beiden Weltkriegen in Amerika. Damals kontrastierte die Case Study mit den statistischen Methoden. Wie überhaupt die qualitative Forschung wird auch die Case Study mit der Chicagoer Schule assoziiert (Ohlbrecht 2000, Bortz und Döring 1995).

¹⁵¹ Creswell beispielsweise (2003) unterscheidet fünf Strategien innerhalb der qualitativen Forschung; „Ethnographies, grounded theory, case studies, phenomenological research, narrative research“ (S. 14).

¹⁵² Flick (2000b) unterscheidet zwischen „Fallstudien, Vergleichsstudien, retrospektiven Studien, Momentaufnahmen und Längsschnittstudien“ (S. 253) als Basisdesigns.

Yin (2003a) formuliert folgende Hauptpunkte einer Case Study:

1. „a study's questions,
2. its propositions, if any,
3. its unit(s) of analysis,
4. the logic linking the data to the propositions,
5. the criteria for interpreting the findings“ (S. 21).

Für Mayring (2002) sind fünf Punkte für die Fallanalyse zentral:

1. „Fragestellung,
2. Falldefinition,
3. Materialsammlung,
4. Aufbereitung,
5. Falleinordnung“ (S. 43).

Die weitest gefasste Definition stammt von Hammersley und Gomm (2000), welche einen Übersichtsband mit aktuellen Autoren zur Case Study Forschung herausgegeben haben. Sie meinen, in gewissem Sinne sei jede Forschung Fallanalyse, da immer eine Einheit oder ein Fall, oder mehrere Einheiten oder Fälle, von denen man Daten sammelt und analysiert, vorhanden sind. Was man aktuell unter dem Begriff Case Study verstehe, sei „fuzzy-edged“ (ebda, S. 2), unklar und verschwommen. Verschiedene Merkmale würden die Case Study von anderen Forschungsmethoden unterscheiden. Am wichtigsten sei die Anzahl der Fälle, und die Anzahl der detaillierten Informationen, die über die Fälle gesammelt werden, daher soll bei der Case Study nur bei wenigen Fällen, oder nur bei einem Fall, dafür umso mehr in die Tiefe untersucht werden.

3.2.2 Gütekriterien der Fallstudie

Spezifische Kriterien zur Validierung und Beurteilung von Fallstudien hat Yin (2003a) formuliert. Für ihn ist eine Fallstudie signifikant, wenn „the individual case or cases are unusual and of general public interest; the underlying issues are nationally important, either in theoretical terms or in policy or practical terms; or both of the preceding conditions have been met“ (S. 162).

Ausserdem muss die Fallstudie komplett sein; das studierte Phänomen soll sichtbar mit seinem Kontext verknüpft werden, alle relevanten Beiträge, die bisher zu diesem Thema veröffentlicht wurden, sollen in der Studie enthalten sein, und schliesslich soll die Case Study nicht abgebrochen sein, weil Zeit oder persönliche Ressourcen nicht ausgereicht haben. Eine gute Case Study soll alternative Perspektiven aufzeigen. Sie soll genügend Evidenz aufweisen und dem Leser gerade bei multiple-case studies zeigen, dass alle Fälle fair behandelt wurden. Als letztes Kriterium meint Yin (ebda, S. 165), dass die Case Study in einer engagierten Weise verfasst werden sollte: „A good manuscript is one that „seduces“ the eye (...) your eye will not want to leave the page (S. 165).

Matt (2000) weist jedoch darauf hin, dass der Akt des Schreibens für die meisten Sozialwissenschaftler problembehaftet sei. Hinderlich seien die beiden grundlegenden Bedenken: das Geschehen nicht angemessen strukturieren zu können und die Angst, das Dargestellte könnte falsch sein. Trotzdem würden viele Sozialwissenschaftler an einer objektiven Tatsachenbeschreibung festhalten. Es falle ihnen schwer, zu akzeptieren, dass es nicht nur einen einzigen, richtigen und letztgültigen Text gäbe.

3.2.3 Auswahl der Falles oder der Fälle in der Fallstudie

In einer Fallstudie ist die Fallauswahl entscheidend (Yin 2003a, Bryman 1999, Eisenhardt 1999, Platt 1999, Flick 2000b, Mayring 2002). Das Fallverständnis¹⁵³ ist dabei weit gefasst; neben einzelnen Personen können auch soziale Gemeinschaften, Organisationen oder Institutionen Gegenstand einer Fallanalyse werden (Flick 2000b).

Häufig werden in Case Studies Entscheidungen als Fälle angesehen (Yin 2003a). Der Fall, ob es eine Person, eine Personengruppe, eine Sache oder ein Vorgang ist, bildet das Kernstück der Fallstudie. Als Fälle sind „Extremfälle, Idealtypen, häufige Fälle oder ganz besonders seltene Fälle denkbar“ (Mayring 2002, S. 43). Neben dem klassischen Einzelfall in einer Fallstudie gibt es häufig auch „multiple cases“ (Yin 2003a, S. 23), bei denen Informationen verschiedener Individuen zusammengetragen und analysiert werden. Eisenhardt (1999) beispielsweise bespricht die Theoriebildung aus Fallstudien und führt vorwiegend Beispiele von multiple cases auf. Fallstudien erhalten sich während des gesamten Analysenprozesses den Rückgriff auf den Fall in seiner Ganzheit, um so zu tief greifenden Ergebnissen zu gelangen (Mayring 2002).

Die Fallstudie oder Fallanalyse bezeichnet ein Vorgehen, bei dem ein Fall analysiert wird. Was dabei als Fall gilt, wird sehr breit gefasst: Das können eine oder mehrere Personen, Gemeinschaften, Organisationen, aber auch Prozesse, Entscheidungen oder Organisationen sein (Ragin und Becker 1992, Platt 1999, Flick 2000b, Mayring 2002, Yin 2003a).

Dabei sind die Einzelfallanalyse, die single-case study oder die multiple-case study Varianten der Fallanalyse, ob dabei eine Person, eine Sache, ein Prozess oder mehrere Personen, Sachen oder Prozesse Hauptthema sind: schlussendlich handelt es sich um einen Fall oder eben Fälle. Lamnek beispielsweise (1995a) definiert die Einzelfallanalyse als „eine Untersuchung, die sich auf die detaillierte Analyse einer Einheit (Person, Organisation, Gemeinde) beschränkt“ (S. 263).

Mayring (2002) bezieht sich vor allem auf die Einzelfallstudie, diese „will sich während des gesamten Analyseprozesses den Rückgriff auf den Fall in seiner Ganzheit und Komplexität erhalten, um so zu genaueren und tief greifenderen Ergebnissen zu gelangen“ (S. 42). Obwohl auch Mayring (2002) vielfältiges Material für Fallstudien vorstellt wie Autobiografien, Tagebücher, Briefe, Lebensläufe, aber auch Lebensentwürfe ganzer Gruppen, Institutionen und Organisationen, ist für ihn entscheidend, dass sich die Fallanalyse an einen groben Vorgehensplan halten muss, der ihre wissenschaftliche Verwertbarkeit sicherstellt.

¹⁵³ Die Frage, was ein Fall ist, wird breit diskutiert bei Ragin und Becker (1992), die eine Sammlung verschiedener Artikel zur Frage „What is a case?“ (S. 1) herausgegeben haben.

3.2.4 Fallstudien und ihre Nähe zur Kasuistik

Das Design einer Fallstudie ist nicht zu verwechseln mit Fallbeispielen. Diese sind keine eigene Forschungsmethode, sondern illustrieren und überprüfen Theorien und Sachverhalte (Faller 1994). In Fallstudien hingegen werden neue Informationen erhoben und analysiert, woraus in weiteren Schritten Hypothesen und Theorien abgeleitet werden können (Yin 2003a).

Wie die Fallbeispiele greifen auch Fallstudien auf die Tradition der Kasuistik zurück, in der die Darstellung einer Krankengeschichte zur Begründung theoretischer Schlussfolgerungen herangezogen wird. Berühmte Beispiele dazu sind die Krankengeschichten von Freud (1905, 1909).

3.3 Die vorliegende Untersuchung als Fallstudie

Zur vorliegenden Untersuchung des Phänomens der Psychotherapieinanspruchnahme wird der Untersuchungsplan einer „Fallstudie“, auch „Fallanalyse“ (Flick 2000b, S. 253, Mayring 2002, S. 41) oder einer „Case Study“ (Yin 2003a, S. 1, Gassmann 1999, S. 11, Eisenhardt 1999, S. 135, Platt 1999, S. 160, Gomm et al. 2000, S. 98, Stake 2000, S. 19, Creswell 2003, S. 15) gewählt.

Fallstudien versuchen nach Faller (1994) gerade nicht „gemäss dem empirischen Methodenkanon quantifizierend abzubilden“ (S.15), sondern erlauben sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsstrategien (Yin 2003a, Eisenhardt 1999, Platt 1999). Das macht sie vielfältig verwendbar und ist auch für die vorliegende Studie relevant. Nach Mayring (2002) gehört „das Ermöglichen von tiefer gehenden Einsichten in schwer zugängliche Gegenstandsfelder“ (S. 44) zu den wichtigsten Zielen einer Fallstudie.

Die Psychotherapieaufnahme ist schwer zugänglich, weil sie, wie im Kapitel 2 begründet wird, mit Scham und Angst einhergeht. So ist es bedeutsam, dass eine vertrauensvolle Untersuchungsatmosphäre herrscht, in der sich die Befragten wohl und entspannt fühlen. Orientiert an den Vorschlägen von Yin (2003a) und Mayring (2002) werden die fünf wichtigsten Anhaltspunkte der vorliegenden Studie vorgestellt, die nach einer Variante der Fallstudie, der multiple-case-study (Yin 2003b) konzipiert wurde.

3.3.1 Fragestellung der vorliegenden Fallstudie

„Wie gestaltet sich der Prozess der Psychotherapieinanspruchnahme?“ ist die Fragestellung der vorliegenden Studie. Sie entspricht der klassischen Fragestellung einer Fallstudie innerhalb der qualitativen Forschung (Flick 1998¹⁵⁴, Mayring 2002¹⁵⁵, Yin 2003a¹⁵⁶ und 2003b).

Wie im Kapitel 2 hergeleitet, ist die Frage nach dem Prozess der Inanspruchnahme auf dem Hintergrund des noch ungenügend verstandenen Phänomens der Fehlversorgung von Bedeutung. In der Fülle der Literatur zum Inanspruchnahmeverhalten fehlten bisher Studien, die retrospektiv den erinnerten Prozess der Inanspruchnahme, also das Vorfeld einer Psychotherapie, qualitativ untersuchten.

3.3.2 Ziel und Grenzen der vorliegenden Fallstudie

Das Ziel¹⁵⁷ der vorliegenden explorativen und deskriptiven Fallstudie ist, den Prozess zur Aufnahme einer Psychotherapie differenziert zu beschreiben. Psychotherapiepatientinnen, die diesen Inanspruchnahmeprozess erfolgreich durchschritten haben, werden dazu mit einem speziell für diese Thematik konzipierten Interview befragt.

Aus der Literatur und aus dem professionellen Vorwissen ist bekannt, dass Aufnahme und Durchführung einer Psychotherapie trotz Angebot und Indikation für die Patienten schwierig sind und oft vermieden werden. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Besonderheiten von mehreren durchlaufenen Psychotherapieinanspruchnahme-Prozessen zu beleuchten.

Eingeschränkt wird die vorliegende Fallstudie durch die Fallauswahl der Subpopulation der Benutzer einer freien psychologischen Psychotherapiepraxis, zeitlich durch die untersuchte Zeitspanne zwischen der ersten subjektiven Leidenswahrnehmung bis nach dem psychotherapeutischen Erstgespräch. Ebenso wird die Studie durch die zeitliche Dimension eines Dissertationsprojekts beschränkt. Eine weitere Grenze besteht in der Generalisierbarkeit der Ergebnisse, die nur für die kleine Gruppe der Psychotherapieinanspruchnehmenden gelten.

3.3.3 Auswahl der Fälle

¹⁵⁴Flick (1998) formuliert zwei zentrale Typen von Fragestellungen einer Fallstudie; zum einen der Typus der „Prozessbeschreibung und zum andern der Typus der Zustandsbeschreibung der dazugehörigen Gefühle und Empfindungen“ (S. 69).

¹⁵⁵Nach Mayring (2002) muss die Fragestellung in der Fallstudie entwickelt werden, denn „kein Fall ist an sich interessant“ (S. 43). Erst mit der Fragestellung werde sichtbar, was mit der Fallanalyse bezweckt werden soll.

¹⁵⁶Nach Yin (2003a) bietet sich die Case Study - Forschungsmethode zwingend bei Forschungsfragen an, die nach „why“ (S. 22) und „how“ (S. 22) fragen.

¹⁵⁷Anstelle von Hypothesen nehmen in der qualitativen Forschung, wie bereits ausgeführt, Ziele die Stelle eines richtungsweisenden Pfeiles ein (Yin 2003a).

In der vorliegenden Studie sind die Fälle Psychotherapiepatientinnen. Sie haben den Prozess zur Psychotherapieaufnahme durchlaufen und eventuelle Hindernisse überwunden. Ihre dabei gemachten Erfahrungen können helfen, das Phänomen der Inanspruchnahme zu beleuchten.

Diese Erfahrungen können nur retrospektiv mitgeteilt werden. Sie müssen also zuerst erinnert werden, um sie berichten zu können. Da diese Erinnerungen mit unangenehmen Gefühlen wie Scham, Angst und Hilflosigkeit (z. B. Nadler 1991) assoziiert werden, braucht es ein Vertrauensverhältnis, innerhalb dessen diese Fragestellung mit Gewinn angewendet werden kann.

Da das Vertrauen zwischen Probandinnen und Interviewerin innerhalb der Frauenstelle für psychologische Beratung und Therapie gewährleistet war, wurden nach sechs durchgeführten Pretests 30 Frauen für eine Befragung rekrutiert. Insgesamt wurden also 36 Patientinnen der psychoanalytischen Praxis innerhalb der Frauenstelle für psychologische Beratung und Therapie in Winterthur befragt. In der vorliegenden Studie wurden 30 Interviews durchgeführt und ausgewertet. Einerseits sind 30 Interviewprotokolle eine Anzahl, bei der sich „auszählen“ lässt. Andererseits sind 30 Interviews von den Ressourcen her qualitativ, in die Tiefe, analysierbar.

3.3.4 Erhebungsmethode: Das qualitative Interview

Die qualitative Forschung bietet verschiedene Erhebungsverfahren an. Innerhalb der Case Study Forschung sind Interviews die am meisten gebrauchten Quellen zur Informationsgewinnung (Yin 2003a).

Hermanns (2000) begreift das qualitative Interview als ein „Stegreif-Drama“ (S. 361), das von beiden Teilnehmern aktiv produziert wird. Der Interviewer gestaltet dabei das Interview so, dass sich das „Drama“ (ebda) entfalten kann. In den ersten Minuten entscheidet sich, ob der Interviewer eine Situation herstellen kann, in der die Menschen ihre Lebenswelt ohne Befürchtungen zeigen können. Die zentrale Aufgabe des Interviewers ist die „Öffnung der Bühne“ (S. 363), damit die beteiligten Personen ihre Rollen finden können. Im Verlauf des Dramas unterscheidet Hermanns (ebda) zwei unterschiedliche Haltungen des Interviewers. Einerseits das „Gefühl des Ausbeuters“ (S. 366), bei der die interviewende Person ein latent schlechtes Gewissen hat, weil sie aus Eigennutz fordert, Intimes aus anderen Leben zu erfahren. Andererseits das „Gefühl der glücklichen Koinzidenz“ (S. 366). Dabei erlebt sich der Interviewer als jemand, der dem anderen durch sein Interesse an seinem Erleben eine bereichernde Erfahrung ermöglicht, quasi ein Geschenk macht.

Für die vorliegende Studie wird das problemzentrierte Interview gewählt, welches von Witzel (1985, 2000) entwickelt worden ist und eine hoch standardisierte Variante der qualitativen Interviews darstellt. Anhand eines Leitfadens, der aus Fragen und Erzählanreizen besteht, werden insbesondere Daten mit Hinblick auf ein bestimmtes Problem thematisiert. Diese Technik eignet sich für die vorliegende Fragestellung, bei welcher der Inanspruchnahmeprozess zur Psychotherapie interessiert, der zu einem bestimmten biographischen Zeitpunkt stattgefunden hat.

Drei Kriterien kennzeichnen das problemzentrierte Interview:

1. Wie bereits der Name des „problemzentrierten“ Interviews besagt, ist das wichtigste und erste Kriterium die **Problemzentrierung**. Es hat nach Witzel (1985) eine doppelte Bedeutung: „Einmal bezieht es sich auf eine relevante gesellschaftliche Problemstellung und ihre theoretische Ausformulierung als elastisch zu handhabendes Vorwissen des Forschers. Zum anderen zielt es auf Strategien, die in der Lage sind, die Explikationsmöglichkeiten der Befragten so zu optimieren, dass sie ihre Problemsicht auch gegen die Forscherinterpretation und in den Fragen implizit enthaltenen Unterstellungen zur Geltung bringen kann“ (S. 232). Gemäss diesem Kriterium werden die Fragen im vorliegenden Interview aus den aktuellen Forschungsergebnissen entwickelt und kreisen systematisch den Prozess von der Wahrnehmung psychischer Symptome bis zum Erstgespräch der Probandinnen ein. Mit diesem Element der Problemzentrierung kann der interessierende Gegenstandsbereich in seiner Vollständigkeit abgetastet werden und „kürzelhafte stereotype“ (S. 235) oder widersprüchliche Erklärungen des Interviewten können entdeckt und durch weiteres Nachfragen exploriert werden.
2. Das zweite Kriterium ist die **Gegenstandsorientierung**. Die Methode soll sich am Gegenstand orientieren und nicht umgekehrt. Wie in der von Glaser und Strauss (1967) entwickelten gegenstandsbezogenen Theorie wird der Fokus auf den zu untersuchenden Gegenstand gelegt. So ist in dieser Studie die Befragung einer selektierten Gruppe der Subpopulation der Psychotherapiepatienten einer Privatpraxis, welche den Inanspruchnahmeprozess erfolgreich durchlaufen hat, gegenstandsorientiert. Die Gegenstandsorientierung erlaubt, auch quantitative Teilmethoden einzusetzen, nach Witzel (1985) beispielsweise „zur Erfassung bestimmter situationübergreifender Regelmäßigkeiten“ (S. 233). In der vorliegenden Arbeit ist das der Dokumentationsbogen, um die entsprechenden demografischen Angaben zu erhalten, die Replizierung der Untersuchung von Saunders (1993) und die grafische Darstellung der zeitlichen Abfolge und Befindlichkeit des von der Probandin erlebten Inanspruchnahmeprozesses.
3. In der **Prozessorientierung** in Forschungsorientierung und Gegenstandsverständnis als drittem Kriterium geht es nach Witzel (1985) um „die flexible Analyse des wissenschaftlichen Problemfeldes, eine schrittweise Gewinnung und Prüfung von Daten, wobei Zusammenhang und Beschaffenheit der einzelnen Elemente sich erst langsam und in ständigem reflexivem Bezug auf die dabei verwandten Methoden herauschälen“ (S. 233). Die Untersuchten müssen in diesem Prozess die Möglichkeit erhalten, Sachverhalte zu explizieren und durch Stimulation des Gedächtnisses und Gewinnen von Vertrauen auch in anderen thematischen Zusammenhängen zu korrigieren. Andererseits kann der Interviewer das Gespräch als Lernprozess nutzen und entsprechende Nachfragen an verschiedenen Zeitpunkten der Exploration ansetzen.

Das qualitative Interview erlaubt die flexible Anpassung an die aktuelle Forschungsfrage auch mit quantitativen Schritten. Daher wird zu den qualitativen Fragen eine Befindlichkeitsgraphik erstellt und der PSTQ (Saunders 1993) repliziert.

3.3.5 Aufbereitungsmethode: Transkription

Wie in der qualitativen Forschung üblich (Flick et al. 2000, Mayring 2002, Lamnek 1995a, Gomm et al. 2000) sind bereits bei der Datenerhebung Auswertungs- und Interpretationspro-

zesse im Gang. So ist die Konzeption des Interviews Resultat des Vorwissens, welches sich aus theoretischem und praktischem Wissen zusammensetzt.

Wie Mayring (2002) betont, ist ein „kreatives Kombinieren unterschiedlicher Medien“ (S. 86) ein Gewinn. In der vorliegenden Arbeit sind bereits bei der Interviewkonzeption verschiedene Darstellungsoptionen vorhanden. So erfragen die Befindlichkeitsgraphik und der PSTQ noch einmal die zuvor im nach Kategorien geordneten Interviewteil gestellten Themen. Subjektive Deutungen und Selbsteinschätzungen werden dadurch erhoben, „dass die Forschungssubjekte selbst zur grafischen Darstellung angeregt werden“ (S. 86).

Grafische Darstellungen, Tabellen und Diagramme sollen ausserdem dem grossen Datenmaterial zu besserer Übersichtlichkeit verhelfen.

Die auf Tonband aufgenommenen Interviews werden vollständig transkribiert. Auch dieser Vorgang beinhaltet bereits eine Interpretation; im wiederholten und sorgfältigen Hören (mittels eines guten Abhörgeräts) fallen bestimmte Themen auf, werden Stimmungen wahrgenommen, zeigen sich bereits erste Trends, auf die bei der späteren Auswertungsphase besonders geachtet werden soll.

Allerdings geht auf dem Weg von der realen Situation zum schriftlichen Transkript viel Information verloren. Zepke (1994) weist darauf hin, dass schon allein durch einen Tonbandmitschnitt die nicht-lautlichen Äusserungen wie Mimik und Gestik, sowie „durch die Umgebung bedingte Stimmungen“ (S. 77) nicht mehr vorhanden seien.

3.3.6 Auswertungsmethode: Die qualitative Inhaltsanalyse

Die Methode der Inhaltsanalyse bezieht sich darauf, dass der „Mensch ein bedeutungs- bzw. sinngenerierender Organismus ist“ (Groeben und Rustemeyer 2002, S. 233). Gegenstand der Inhaltsanalyse sind somit „menschliche Kommunikationsprozesse“ (ebda). Sprachliche Prozesse stehen dabei im Mittelpunkt, aber auch andere Zeichensysteme, wie Bilder, Filme oder Musikstücke können inhaltsanalytisch bearbeitet werden (Lamnek 1995b).

Meist wird die Methode der Inhaltsanalyse nach Autoren benannt, die sich ausführlich mit der Inhaltsanalyse beschäftigt haben, wie zum Beispiel Glaser und Strauss (1967) und Mayring (2001), die im folgenden besprochen werden. Die Inhaltsanalyse kann jedoch auch ohne Verweis auf einen Theoretiker verwendet werden, wie Hohenstein (1998)¹⁵⁸ zeigt, die sich nur auf die qualitative Forschungsregeln beruft und „von der Annahme ausgeht, dass kreative handelnde, fühlende Personen nur Gegenstand von Forschung sein können, wenn sie sich selbst in dieser erklären und beschreiben“ (ebda, S. 69).

Auch Früh (2001) definiert die Inhaltsanalyse. Nach ihm ist die Inhaltsanalyse „eine ausgewählte systematische Interpretationsweise, deren Spielraum und Evidenz möglichst weitgehend offengelegt und kontrolliert ist“ (S. 125). Ebenso zielt das Erkenntnisinteresse der Inhaltsanalyse auf „strukturelle Informationen über Textmengen“ (S. 127). Dazu generiere die Inhaltsanalyse Bedeutungen und Bedeutungsstrukturen in dialektisch alternierenden, qualifizierend-quantifizierenden Analyseschritten“ (S. 130), womit schliesslich die Inhaltsanalyse

¹⁵⁸ Ihre Dissertation, in der sie 14 Interviews qualitativ mittels Inhaltsanalyse auswertet, wurde in den internationalen Hochschulschriften veröffentlicht, eine „Reihe für Habilitationen und sehr gute und ausgezeichnete Dissertationen“ (ebda, im Vorspann).

den Erkenntnisprozess segmentiere: „Sie weist Bedeutungen und Bedeutungsstrukturen in Texten und Textmengen nach zum Zwecke einer von ihr getrennten, sinnverstehenden Interpretation“ (S. 132).

Die Inhaltsanalyse hat sich in den 1950-er Jahren anhand der politische Propaganda (Groeben und Rustemeyer 2002) oder der „Zeitungsforschung“¹⁵⁹ (Hüffel 1994, S. 135), entwickelt. In den 60-er Jahren haben Glaser und Strauss (1967) für den inhaltsanalytischen Ansatz die grounded theory entwickelt, auf dessen Hintergrund Mayring (2000, Erstauflage 1983) die Inhaltsanalyse entwickelte. Mayring (2000), nach Lamnek (1995b) einer der bekanntesten Vertreter der Inhaltsanalyse, kritisiert in einem „Versuch einer Definition“ (S. 11) die bisherigen „im Ansatz völlig unterschiedlichen Definitionen der Inhaltsanalyse“ (S. 12), die entweder auf die Analyse von Texten oder auf die Analyse von Inhalt beschränkt seien. Mayring (2000) formuliert sechs verschiedene Spezifika der Inhaltsanalyse als sozialwissenschaftliche Methode. Nach ihm will die Inhaltsanalyse:

1. Kommunikation analysieren;
2. fixierte Kommunikation analysieren;
3. dabei systematisch vorgehen;
4. das heisst regelgeleitet vorgehen;
5. das heisst auch theoriegeleitet vorgehen;
6. mit dem Ziel, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen.

In der vorliegenden Untersuchung erfolgte die Analyse der Interviews nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2000). Dabei ist in folgenden Schritten vorzugehen:

Abbildung 7: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring 2000, S. 54):

1. Festlegung des Materials

2. Analyse der Entstehungssituation

3. Formale Charakteristika des Materials

4. Richtung der Analyse

5. Theoretische Differenzierung der Fragestellung

6. Bestimmung der Analysetechniken und Festlegung des konkreten Ablaufmodells

7. Definition der Analyseeinheiten

8. Analyse mittels des Kategoriensystems

Zusammenfassung

Explikation

Strukturierung

9. Rücküberprüfung des Kategorienmaterials an Theorie und Material

¹⁵⁹ Die Empfehlung des deutschen Soziologen Max Webers, die Zeitung mit Schere und Kompass zu durchforschen, wird von Hüffel (1994) als Zeitungsforschung beschrieben.

10. Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Hauptfragestellung

11. Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

Schritt 1: Festlegung des Materials: Das zugrunde liegende Material besteht in der vorliegenden Untersuchung aus den 30 Interviews, die vollständig transkribiert und analysiert wurden. Wie sich im Lauf des Forschungsprozesses zeigte, ergaben sich nach den theoretisch festgelegten Kategorien zusätzliche Kategorien, die im Interview nicht explizit befragt wurden.

Schritt 2: Die Analyse der Entstehungssituation wurde bereits ausführlich beschrieben.

Schritt 3: Formale Charakteristika des Materials: Das Material liegt mit der Technik der Transkription in verschrifteter Form vor.

Schritt 4: Richtung der Analyse: der Text soll Aussagen über den emotionalen, kognitiven und Handlungshintergrund der Probandinnen zeigen. Durch die Interviews sollen die Probandinnen angeregt werden, über die Gestaltung ihres Inanspruchnahmeprozesses zu berichten.

Schritt 5: Theoretische Differenzierung der Fragestellung „Wie gestaltet sich der Inanspruchnahmeprozess?“ ist bereits im ausführlichen Theorieteil der vorliegenden Arbeit erfolgt. Das Material der 30 verschrifteten Interviews enthält Aussagen über die Gestaltung des Inanspruchnahmeprozesses.

Schritt 6: Bestimmung der Analysetechniken und Festlegung des konkreten Ablaufmodells: Da vor allem die Technik der Strukturierung verwendet wird, wird für die vorliegende Untersuchung das Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse gewählt (Abb. 2).

Schritt 7: Die Analyseeinheiten sind zum einen die Frageteile des Interviews, die ersten Kategorien, welche aus dem Theorieteil entstanden sind, enthalten (5.1.1 bis 5.1.5), zum andern die Kategorien, die sich durch die zusammenfassende Inhaltsanalyse ergeben (5.1.1.1 bis 5.1.1.4; 5.1.2.1. bis 5.1.2.4; 5.1.3.1 bis 4.1.3.3; 5.1.4.1 bis 5.1.4.6).

Schritt 8: Drei verfügbare Grundformen¹⁶⁰ des Interpretierens stehen der Inhaltsanalyse zur Verfügung:

1. Zusammenfassung: Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.
2. Explikation: Ziel der Analyse ist es, zu einzelnen fraglichen Textteilen (Begriffen, Sätzen) zusätzliches Material heranzutragen, das das Verständnis erweitert, das die Textstelle erklärt, ausdeutet.

¹⁶⁰ Mayring (ebda) stellt diese drei Grundformen bildhaft vor:

Falls wir auf einer Wanderung einen Felsbrocken zu sehen bekämen und wissen möchten, was wir vor uns haben, würden wir in einem ersten Schritt zurücktreten, um einen Überblick des Brockens zu bekommen. Aus der Entfernung sind zwar die Details nicht mehr sichtbar, dafür steht der Brocken als Ganzes, quasi in verkleinerter Form, im Blickfeld (Zusammenfassung).

Wir würden wieder an den Brocken herantreten und einzelne Teile genauer betrachten, vielleicht einzelne Teile herausbrechen und untersuchen (Explikation).

Schliesslich würden wir versuchen, den Felsbrocken aufzubrechen, um seine innere Struktur untersuchen zu können, seine Grösse, Härte und Gewicht messen zu können (Strukturierung).

3. Strukturierung: Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien „einen Querschnitt durch das Material“ (Mayring 2000, S. 58) zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.

Wie bereits erwähnt, wird in der vorliegenden Untersuchung vor allem¹⁶¹ die Technik der Strukturierung verwendet.

Schritt 9: Die Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems erfolgt am Ausgangsmaterial, sie ist in den abschliessenden Zitaten zu den einzelnen Kategorien zu finden.

Schritt 10: Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt nach deren Darstellung im Kapitel 6 der vorliegenden Arbeit.

Schritt 11: Ebenso erfolgt Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien im Diskussions- teil Kapitel 6. Ein wichtiges Gütekriterium der qualitativen Forschung ist die gute Dokumentation des Forschungsablaufs, welche insbesondere mit den beiden Kapiteln Design und Methodik gewährleistet ist.

Mayring (ebda) erwähnt drei Einschränkungen bei der Anwendung der Inhaltsanalyse. Erstens müsse sie mit den Techniken der Datenerhebung und Datenaufbereitung kombiniert werden und in einen Untersuchungsplan eingeordnet werden.

Zweitens soll in der Inhaltsanalyse systematisch und regelgeleitet vorgegangen werden, dies erlaube auch die Bearbeitung grosser Materialmengen, was die Stärke der Inhaltsanalyse ausmache.

Drittens soll die Inhaltsanalyse nicht starr und unflexibel, sondern auf den konkreten Gegenstand ausgerichtet sein. Wichtiger als die Systematik sei die Gegenstandsangemessenheit, nur damit sei eine „sinnvolle, aussagekräftige und methodisch abgesicherte qualitative Forschung“ (S. 117) gewährleistet. Mit den vorliegenden Kapiteln des Designs und der Methodik werden diese Bedingungen erfüllt und damit die Einschränkungen der Inhaltsanalyse berücksichtigt.

3.3.7 Gütekriterien

Durch die breite Vorstellung des Designs und der Methodik der vorliegenden Untersuchung wird der Zweck der Verfahrensdokumentation erfüllt. Die Verfahrensdokumentation will durch die explizite Darstellung des Forschungsverfahrens dem Leser den Nachvollzug der Forschung und der Interpretation leichter machen.

¹⁶¹ In der Inhaltsanalyse werden nicht immer alle drei Methoden, die zusammenfassende, explikative und strukturierende Inhaltsanalyse, gebraucht. Wie Hüffel (1994) ergänzt, sind die drei Methoden auch nicht gleichberechtigt; so kann zum Beispiel die Explikation nur zusätzlich und nicht ausschliesslich verwendet werden.

Die Regelgeleitetheit soll bei der offenen qualitativen Inhaltsanalyse ein Abgleiten in Willkür verhindern. Daher hielt sich die Autorin bei der Interpretation eng an die von Mayring (2000) definierten Forschungsschritte. Besonders die Verwendung des Kategoriensystems erleichterte die Regelgeleitetheit.

Schlussendlich soll noch die argumentative Interpretationsabsicherung erwähnt werden, die verlangt, dass nicht schlicht Behauptungen aufgestellt werden, sondern diese durch Argumentationen untermauert werden. Dies wurde in der vorliegenden Arbeit durch die sehr ausführliche theoretische Grundlegung, die den Interpretationsrahmen lieferte, gesichert.

4. Methodik der vorliegenden Fallstudie

In diesem Kapitel werden der Ablauf der Studie und die methodischen Schritte der vorliegenden Untersuchung dargestellt. Zunächst wird die Praxis und Frauenstelle, aus der die Probandinnen rekrutiert wurden beschrieben, dann werden die Fälle näher eingegrenzt und schliesslich wird die Kontaktaufnahme mit den Probandinnen aufgezeigt (Kap. 4.1). Dann wird die Datenerhebung geschildert. Sie besteht aus dem für diese Untersuchungskonzipierten Interview mit verschiedenen qualitativen und quantitativen Untersuchungsteilen (Kap. 4.2). Die Datenaufbereitung besteht in der Durchführung und Aufbereitung der Interviews (Kap. 4.3). Die Datenauswertung besteht für den Interviewteil aus der strukturierenden Inhaltsanalyse und der Kategorienbildung, und für die Befindlichkeitsgraphik und den PSTQ aus der Darstellung in tabellarischer Form und deren Interpretation (Kap. 4.4).

4.1 Auswahl der Fälle

4.1.1 Die Frauenstelle

Die Frauenstelle für psychologische Beratung und Therapie ist eine private Institution, die zwei unabhängige psychoanalytische Praxen beinhaltet. An sie wenden sich Frauen und vereinzelt auch Männer mit den unterschiedlichsten Anliegen. Manche werden bereits am Telefon an eine andere, für das gestellte Problem spezifischer geeignete Beratungsstelle verwiesen.

Die meisten Anfragen jedoch landen bei der Frauenstelle zu einer Abklärung, also einer Serie von Erstgesprächen, die in der Regel eine bis drei Sitzungen à je 50 Minuten dauert. In diesem Zeitraum kann das entsprechende Problem im Gespräch formuliert und das weitere Vorgehen umrissen werden, die verschiedenen Arten der Bezahlung mit den dazugehörigen Krankenversicherungsfragen und allgemeine Informationen über Psychotherapie gehören dazu. Die Abklärung endet entweder mit einer Empfehlung für eine Psychotherapie, die bei uns durchgeführt wird oder mit einer Überweisung an eine andere Fachpraxis. Seltener klärt sich der Konflikt der Ratsuchenden schon innerhalb der Abklärung.

4.1.2 Die Fälle

Die 30 Probandinnen rekrutieren sich aus unserer Frauenstelle für psychologische Beratung und Therapie und aus der psychoanalytischen Gemeinschaftspraxis. Daher sind die Interviewpartnerinnen keine Fälle, welche wertneutral in einer untersuchten Population nach

Schepank (1990) als „Träger einer definierten Erkrankung oder Gesundheitsstörung“ (S. 214) identifiziert werden können, sondern sie sind Patientinnen, die sich selber als solche, gerade durch die psychotherapeutische Inanspruchnahme, definiert haben.

Sie haben sich direkt an die Frauenstelle für psychologische Beratung und Therapie oder an die psychoanalytische Praxis gewandt oder sie sind über das psychosoziale oder über das medizinisch-psychiatrische Versorgungssystem überwiesen worden. Sie sind also eine Zufallsstichprobe der homogenen Subpopulation (Bortz und Lienert 1998) der Psychotherapiepatienten einer privaten Psychotherapiepraxis. Dabei handelt es sich um Patientinnen, die die Selektionsbedingungen zur Aufnahme einer Psychotherapie in einer psychologischen Praxis erfüllten. Es können daher nicht generell Aussagen über Menschen mit psychischen Störungen machen, sondern nur über diejenigen, die den Schritt in diese Institution und Praxis gewagt haben (Herschbach 1995).

Der diagnostische Rahmen der untersuchten Patientinnen umfasst die Diagnosengruppen ICD-10: 300 bis 306, entsprechend den drei grossen Gruppen der Psychoneurosen: die Persönlichkeitsstörungen und die funktionellen und psychosomatischen Störungen. Allerdings sind die diagnostische Merkmale ohne Bedeutung in der vorliegenden Arbeit, sie wurden auch aus Gründen der Anonymität nicht erfragt.

Damit die Stichprobe nicht zu heterogen wurde, wurden nur Frauen befragt, welche sich in Therapie bei mir oder bei einer meiner zwei Kolleginnen innerhalb der Frauenstelle für psychologische Beratung und Therapie befunden haben. Alle Interviewten hatten somit den Entscheidungsprozess der Psychotherapieinanspruchnahme bereits abgeschlossen. Die Festlegung der Stichprobe auf 30 Probandinnen erwies sich in Bezug auf die Erhebung, Aufbereitung und Auswertung der Daten und als eine grosse¹⁶² Stichprobe für eine Untersuchung im qualitativen Rahmen.

4.1.3 Kontaktaufnahme mit den Interviewpartnerinnen

In der ersten Woche im Juli 01 fragten die drei Therapeutinnen der Frauenstelle für psychologische Beratung und Therapie, die Autorin und ihre beiden Kolleginnen, die in die Praxis kommenden Patientinnen (aufgrund der besseren Homogenität wurden Männer ausgeschlossen) mit einem Brief¹⁶³ (im Anhang) um ihre Teilnahme an. Dabei wurde kurz erklärt, es gehe darum, der Dissertandin in einem etwa anderthalbstündigen Interview zu berichten, wie sie damals zur Frauenstelle oder zur psychoanalytischen Praxis gekommen seien. Insgesamt wur-

^{162/162} Vergleichbare Arbeiten schränkten die Grösse der Stichprobe deutlicher ein; Krause Jacob (1992) interviewte 19 Klienten in einem nur 30-minütigen Gespräch. Schulte-Wintrop (1994) untersuchte 16 Interviews, Hohenstein (1998) 14 Interviews. Murray Thomas (2003) stellt in seinem Lehrbuch zur Verwendung qualitativer und quantitativer Studien Beispiele vor, in denen 8 Interviews geführt und untersucht wurden. Schuster (2007) untersuchte, ganz ähnlich zur vorliegenden Arbeit, den Prozess vor der eigentlichen Psychotherapie-Aufnahme anhand von 17 Psychotherapiepatienten. Ebenfalls benutzte Schuster (ebda) dieselbe Erhebungs- und Auswertungsmethode wie in der vorliegenden Studie. Die vergleichbaren Ergebnisse werden im Kapitel 6 ausführlich besprochen.

¹⁶³ Im Brief wird der inhaltliche Rahmen des Interviews erläutert, in dem es um eine differenzierte Betrachtung des Entscheidungsprozesses zur Psychotherapieaufnahme innerhalb der vorliegenden Dissertation geht. Ausserdem wird darauf hingewiesen, dass die Gespräche mit einem Tonband aufgenommen werden und vertraulich sind.

den 36 Probandinnen und Probanden untersucht. Mit 6 Probandinnen wurden Probeinterviews durchgeführt. Nach der anschliessenden Überarbeitung des Interviews wurde eine Stichprobe von 30 Probandinnen festgelegt. Keine der befragten Patientinnen der drei psychoanalytischen Praxen hat die Zustimmung zum Interview verweigert. Nach vier Arbeitstagen waren alle 30 Probandinnen gefunden. Dies geht einher mit der Betonung der Patientinnen, sie würden an der Untersuchung teilnehmen, weil sie gerne hierher kämen und sich freuten, damit helfen zu können.

4.2 Erhebung der Daten

4.2.1 Das qualitative Interview

Das speziell für die vorliegende Untersuchung konzipierte Interview setzt sich aus vier Elementen zusammen. In einem ersten qualitativen Teil werden mit aus der Theorie abgeleiteten Fragen die Interviewpartnerinnen befragt (4.2.1.1). In einem zweiten Schritt sollen die Probandinnen ihren Leidendruck der verschiedenen, vorher im Gespräch festgelegten Zeitpunkten, bestimmen und aufzeichnen (4.2.1.2). Das dritte Element ist die Replizierung des Fragebogens von Saunders (1993) (4.2.1.3). Viertens werden die demografischen Daten erhoben (4.2.1.4).

4.2.1.1 Das Inanspruchnahme-Interview

Das vorliegende qualitative Interview orientiert sich formal am problemzentrierten Interview nach Witzel (2000), und ist im Anhang zu finden (8.2). Psychotherapiepatientinnen werden zum Prozess der Inanspruchnahme befragt. Die Fragen dienen als Gitter für die Datenerhebung. Gemäss dem Prinzip der Offenheit soll genügend Raum bleiben, damit sich Auffälligkeiten und Gemeinsamkeiten zeigen können, die erst im Verlauf des Forschungsprozesses sichtbar werden. Insgesamt wurden 6 Probeinterviews¹⁶⁴ durchgeführt. Dabei zeigte es sich, dass die Probandinnen unterschiedliche Hilfestellungen benötigten. Oft wurden die entsprechenden Momente erst mit detaillierten Unterfragen detaillierter erinnert. Entscheidend war das breite Spektrum des Erinnerungsvermögens. Folglich wurde der ursprüngliche Interviewbogen angepasst, die Fragen wurden in Haupt- und Unterfragen gefasst.

Mit einer weiten Eingangsfrage (im Anhang 8.2.1.1), die auch den heuristischen Zugang zur Thematik gewährleistet, wurde das problemzentrierte Interview eröffnet. Die Probandinnen

¹⁶⁴ Nach Hölzl (1994) liegt der Vorteil des problemzentrierten Interviews in der natürlichen Gesprächssituation. Damit jedoch begibt sich der Forscher auch auf eine „Gratwanderung“ (S. 67) zwischen Offenheit (die Befragten erzählen lassen) und Eingreifen (die interessierenden Aspekte ansprechen). Daher empfehle es sich, Probeinterviews durchzuführen, mit dem Ziel, diese Gratwanderung besser zu beherrschen.

sollten frei und entspannt erzählen, so wie es „ihnen in den Sinn kommt“. Mit nachfragenden oder zusammenfassenden Bemerkungen, mit allgemeinen und spezifischen „Sondierungen“ (Witzel 2000, S. 4) wurde der Redefluss unterstützt.

Anschliessend folgte ein Frageblock mit je drei Hauptthemen (8.2.1.2 – 8.2.1.4), die sich nach den bisherigen Literaturergebnissen richten und bereits erste Kategorien für die spätere Auswertung bilden. Dies sind die inneren Entscheidungsschritte (Zola 1966, Kadushin 1969, Mechanic 1976, Kessler et al. 1981, Nadler 1991, Saunders 1993, Reinecker und Krauss 1994), die vor der Psychotherapieaufnahme stattfinden und eine solche überhaupt ermöglichen.

Die Stadien des Inanspruchnahmeprozesses wurden explorativ befragt. Bei jedem Schritt wurde zuerst eine offene Frage gestellt, die dann sukzessiv eingegrenzt wurde. Konkrete Unterfragen sollten den Probandinnen helfen, sich an den betreffenden Prozess erinnern zu können.

4.2.1.2 Befindlichkeitsgraphik

Abschliessend wurde die Frage nach dem Inanspruchnahmeprozess unter dem Aspekt des Leidensdrucks wiederholt (im Anhang 8.2.2). Auf einer Tabelle sollen die entscheidenden Momente eingezeichnet und dazu die Höhe des Leidensdrucks bestimmt werden.

4.2.1.3 Der PSTQ (Process of Seeking Therapy Questionnaire)

Ein drittes Mal wurden die Entscheidungsschritte mit dem Fragebogen des PSTQ (Process of Seeking Therapy Questionnaire) (Saunders 1993) untersucht (im Anhang 8.2.3). Der Fragebogen (Saunders 1993) untersucht das hilfesuchende Verhalten, indem die vier Entscheidungsschritte (Wahrnehmung der Symptome; Interpretation der Symptome; Wunsch, die Symptome zu behandeln; Kontaktaufnahme) unter dem Aspekt des empfundenen Schwierigkeitsgrads und der dafür gebrauchten Zeitspanne befragt werden.

Saunders (1993) hat den Process of Seeking Therapy Questionnaire konzipiert und durchgeführt. Saunders (ebda) befragte allerdings amerikanische College-Studenten, die sich einen niederschweligen Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen auf dem Campus gewohnt sind. Seine Stichprobe ist daher nur beschränkt mit der Stichprobe der vorliegenden Untersuchung vergleichbar.

4.2.1.4 Dokumentationsbogen

Am Ende des Gespräches (im Anhang 8.2.4) füllten die Interviewpartnerinnen einen Dokumentationsbogen aus, in dem soziodemografische Daten erfasst werden. Der Zeitpunkt wurde so gewählt, damit der Fragen-Antworten-Katalog sich nicht störend auf die offene Frage einwirkt (Flick 1998).

4.3 Aufbereitung der Daten

4.3.1 Zeitliche und räumliche Durchführung der Interviews

Ende Winter 2000 wurden sechs Pretests durchgeführt, nach der Anpassung des Interviewleitfadens fanden die 30 für die vorliegende Arbeit ausgewerteten Interviews zwischen Juli und November 01 in den Praxisräumlichkeiten der psychoanalytischen Praxis innerhalb der Frauenstelle für psychologische Beratung und Therapie in Winterthur statt. Sie dauerten ein bis zwei Stunden.

Alle Interviews wurden von der Autorin durchgeführt. Es wurde auf ein klares Setting geachtet, das sich deutlich von den Psychotherapiesitzungen unterschied. Indem die Sitzordnung leicht geändert und etwas zu trinken angeboten wurde, wurde die „Interview-Atmosphäre“ betont.

Die Erfahrungen aus den sechs Pretests zeigten, dass die Festsetzung eines klaren Rahmen hilfreich war, so dass sich die Probandin wohl und aufgehoben fühlen konnten. Daher wurde genau über die Fragestellung dieser Forschungsarbeit informiert und um das Einverständnis zur Tonbandaufnahme gefragt.

Zuerst wurde die Probandin auf den Brief verwiesen (im Anhang) und nochmals orientiert, dass es sich um eine wissenschaftliche Arbeit handle und die Autorin an Informationen über den erfolgreich (da das Ergebnis eine Psychotherapieaufnahme war) durchlaufenen Prozess der Psychotherapieinanspruchnahme interessiert sei. Bei den Patientinnen der Autorin wurde die Abgrenzung des Interviews zur laufenden Psychotherapie beachtet. Es stellte sich jedoch heraus, dass dies in keinem der Fälle ein Thema wurde.

4.3.2 Protokollierung der Interviews

Die Herstellung und Verwendung von Transkripten sind „theoriegeladene, konstruktive Prozesse“ (Kowal et al. 2000, S. 440), bei denen der Transkribierende abbilden soll, was im Gespräch gesagt und getan wird. Transkripte sind durch eine grosse Reduktion der Primärdaten (Originalgespräch) zu den Sekundärdaten (Tonbandaufnahme) und Tertiärdaten (schriftliche Aufzeichnung) gekennzeichnet. Daher sind Transkripte immer „selektive Konstruktionen“ (S.

440). Es gibt heute keine standardisierte Technik der Transkription, sie soll dem jeweiligen Untersuchungsziel angemessen sein.

Die Tonbandaufnahmen wurden in der vorliegenden Untersuchung nach dem Gespräch vollständig und wortgetreu durch die Autorin transkribiert. Mit der „Zeilenschreibweise“ (Kowal et al. 2000, S. 441) wurden aufeinanderfolgende Gesprächsbeiträge jeweils mit einer neuen Zeile begonnen. Der schweizerdeutsche Text wurde ins Hochdeutsche übersetzt, wobei typische Wendungen des Schweizerdeutschen erhalten blieben „...dann, wo mir bewusst worden ist...“. Ausserdem wurden die Texte anonymisiert; Namen wurden nach Beziehungsfunktion übersetzt („Lisa ermunterte mich“ wurde zu „meine Freundin ermunterte mich“).

Die einzelnen Interviewpartnerinnen wurden als Frau 1 bis Frau 30 anonymisiert. Ortsnamen oder Textbauteile, die nicht themenrelevant und nicht notwendig für das Verständnis des Textes waren, wurden weggelassen und dabei in Klammern gesetzt (...). Parasprachliche Merkmale wie lachen, stöhnen und weinen wurden beschrieben. Aussersprachliche Merkmale jedoch wie Gestik, Mimik, Blickzuwendung wurden nicht transkribiert.

Hölzl (1994) empfiehlt aus pragmatischen Gründen, sich vor den Interviews einen geeigneten theoretischen Rahmen für den Gegenstand zu suchen, und sich bereits im Vorfeld eine geeignete Auswertungsmethode zu überlegen, da es sonst „angesichts der Materialmenge, die ein transkribiertes Interview darstellt, leicht zu Überforderungsgefühlen kommt“ (S. 67).

Wie bereits erwähnt, erfolgen bei der qualitativen Aufbereitung der Daten bereits erste Interpretationsschritte. Da die Untersucherin sowohl alle Interviews selber durchführte, als auch alle Transkripte selber ausfertigte¹⁶⁵ (alle Interviews wurden vollständig transkribiert, 300 Seiten Umfang, pro Interview ca. 10 Seiten) bildeten sich, wie auch bei der Interviewdurchführung, erste Ideen für eine Kategorienbildung aus.

Zunächst beeindruckte der emotionale Gehalt und die kreativen Schilderungen der Probandinnen. Einzelne Interviews standen wie unter „einem Motto“. Frau 1 beispielsweise redet von einer „Wunde, die nicht aufhört zu bluten“, oder Frau 12 empfand die erste Kontaktaufnahme wie ein „Rendez-vous“.

Dazu wurden Themen deutlich, die nicht in den Fragekategorien gefasst waren. So fielen Äusserungen auf, ob die Probleme wichtig genug seien für die Therapeutin. Dazu fehlten fast in keinem Interview längere Passagen oder nur kurze Bemerkungen darüber, wie selbständig und selbstbewusst die Probandinnen den Prozess durchlaufen hatten. Dies wurde in der Kategorie der „Autonomie“ gefasst.

¹⁶⁵ Zepke (1994) weist darauf hin, dass es nicht sinnvoll sei, die Transkriptionsaufgabe jemand anderem zu übergeben, damit werde die Möglichkeit einer ersten, unsystematischen und interpretativen Annäherung „verschenkt“ (S. 77).

4.4 Auswertung der Daten

4.4.1 Die strukturierende Inhaltsanalyse

Die Transkripte des Inanspruchnahmeinterviews wurden nach der Inhaltsanalyse von Mayring (2000) analysiert. Wie bereits im Kapitel 3.2.6 dargestellt, wurde dabei nach dem allgemeinen Ablaufmodell der Inhaltsanalyse vorgegangen. Die besonderen Schritte richten sich nach der strukturierenden Inhaltsanalyse.

Mit dem Ziel der Reduktion des Textes wurden die Texte in einem ersten Schritt entlang dem Interviewleitfaden, bestehend aus fünf Frageteilen¹⁶⁶, zusammengefasst. Die Konzeption des Interviewleitfadens richtet sich nach den theoretischen Erkenntnissen, die im Kapitel 2 umfassend dargestellt wurden, und ist bereits Teil der Inhaltsanalyse, da diese mit der Datenerhebung kombiniert werden soll (Mayring 2000). Die fünf Frageteile sind also erste Kategorien, nach denen die systematischen Auswertungsschritte erfolgen.

Durch diese Abstraktion wurde das Material so reduziert, dass die wesentlichen Inhalte erhalten geblieben sind. Es wurden nur diese Passagen bearbeitet, die zur Beantwortung der Frage wichtig waren; die erklärenden, umschreibenden und nach Erinnerung suchenden Sätze und Abschnitte wurden erst später berücksichtigt. Dieser erste Schritt wurde etliche Male wiederholt, bis das Material so gekürzt war, dass die Antworten „auszählbar“ wurden. Bereits hier wurden einzelne Themen sichtbar, die sich im weiteren Verlauf der Inhaltsanalyse noch einmal differenzieren liessen und schliesslich in neuen Kategorien mündeten.

Die häufig sehr lebendigen Äusserungen der Probandinnen streng auf diese Themen zu reduzieren, erwies sich als schwierig. Erstens zeigten sich Themen, die nicht erfragt wurden, repetitierend in den verschiedenen Interviews, sie wurden in weitere Kategorien gefasst. Zweitens musste der persönliche Widerstand der Autorin (bei dem identifikatorische Prozesse mit der Rolle als Handwerkerin interferierten) zur Reduktion der Texte bekämpft werden. Denn die einzelnen Interviews wirkten im Ganzen und hatten eine bestechende Charakteristik. Um trotzdem so viel wie möglich von den authentischen Interviewpassagen zu zeigen, wurden jeweils zwei Zitate aus zwei bis drei Sätzen aufgeführt, was gleichzeitig der Rücküberprüfung der Kategorien diente (Schritt 7 im folgenden Ablaufmodell).

Es zeigte sich, dass nicht alle zu einer Kategorie gehörenden Themen am genannten Ort zu finden waren, denn oft wurde die Frage von der Probandin nicht im entsprechenden Abschnitt, sondern später oder früher in einem anderen Zusammenhang beantwortet. Gerade hier zeigte sich die Entscheidung hilfreich, die Interviews nicht per Computerprogramm Atlas auszuwerten. Die persönliche Durchführung, anschliessende Transkription und Auswertung der Gespräche führte zu einer genauen Kenntnis der Texte, die es ermöglichten, die entsprechenden Stellen schnell aufzufinden. Bei diesem Schritt war nicht die Reduktion, sondern die Vollständigkeit des Interviewtextes ausschlaggebend. In manchen Interviews wurden bestimmte Fragen nicht gestellt, weil sie im Fluss des Interviews nicht passten oder vergessen wurden. Dies wurde bei den einzelnen Kategorien vermerkt.

¹⁶⁶ Das sind: offene Frage, Wahrnehmung seelischer Probleme, Interpretation dieser seelischen Probleme als psychische und behandelbare Störungen, Gefühle bei der ersten telefonischen Kontaktaufnahme, Erfahrungen des Erstgesprächs)

Auffallende Themen, die nicht in einer Frage gefasst werden, wurden separat in einzelne Themen gefasst. Dies sind: Autonomie, Stigmatisierung, Beziehung zur Therapeutin, Angst vor Abweisung. Hinweise auf diese Themen hatten in fast keinem der Interviews gefehlt. Sie werden im Kapitel 5.2.5 besprochen. Der Verlauf der Auswertung erfolgte streng nach den Schritten des folgenden Ablaufmodells:

Abb. 8: Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse (Mayring 2000, S. 84):

1. Bestimmung der Analyseeinheiten

2. Festlegung der Strukturierungsdimension (theoriegeleitet)

3. Bestimmung der angestrebten Ausprägungen (theoriegeleitet)
Zusammenstellung des Kategoriensystems

4. Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln zu den einzelnen Kategorien

5. Materialdurchlauf: Fundstellenbezeichnung

6. Materialdurchlauf: Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen

7. Überarbeitung, gegebenenfalls Revision von Kategoriensystem und Kategorienndefinition

8. Ergebnisaufbereitung

Schritt 1. Die Analyseeinheiten entsprechen den Kategorien, die aus der Literatur gewonnen wurden und die vier ersten Frageteile des Interviews darstellen. Die 30 Textteile, geordnet nach den Kategorien der Fragen (1-4) wurden gesucht und nebeneinandergestellt. Dazugehörige Textteile, die an anderen Orten des Interviews zu finden waren, wurden hinzugefügt.

Schritt 2: Innerhalb dieser im ersten Schritt festgelegten ersten Kategorien wurden weitere Strukturierungsdimensionen festgelegt. Die erste Kategorie (offene Frage) wurde beispielsweise in zwei neue Kategorien geteilt: „Fülle des Materials“, „Leidensdruck“ und „soziale Unterstützung“. Diese Kategorien sind ebenfalls theoriegeleitet; wie aus der Literatur zum Erstinterview bekannt (Eckstaedt 1992) werden wichtige Ereignisse in den allerersten Sätzen angetönt, Leidensdruck ist der allgemein anerkannte Faktor, der zum Inanspruchnahmeverhalten beiträgt, ebenfalls ist die „soziale Unterstützung“ eine wichtige und widersprüchlich diskutierte Voraussetzung zu Inanspruchnahme.

Schritt 3: Die Bestimmung der Ausprägungen der verschiedenen Themen erfolgte durch Auszählung, in wievielen Interviews beispielsweise das Konstrukt „Leidensdruck“ erwähnt wurde. Dabei reichte die Bandbreite von „gar kein Leidensdruck“ bis „sehr gelitten“. Diese quantitativen Aussagen werden zu einem neuen Kategoriensystem zusammengestellt. Unter die Kategorie „offene Frage“ fällt also die Unterkategorie „Leidensdruck“.

Schritt 4: Der Leidensdruck wird unterschiedlich diskutiert, wie dies im Kapitel 2.4.4.4 dargestellt wurde. Als Ankerbeispiel Frau 18:

„Also ich habe einfach gemerkt, dass es mir nicht gut geht und ich habe dann auch gemerkt, dass es nicht mehr geht und dass ich etwas machen muss. Und äh, dass ich das wahrscheinlich allein nicht schaffe, im Moment in dieser ganzen Überforderungssituation und alles... und dann hab ich mich entschieden, dass ich Hilfe suche“.

Schritt 5: Beim Materialdurchlauf bei allen 30 Interviews wurden die entsprechenden Textpassagen bezeichnet.

Schritt 6: Die bezeichneten Fundstellen wurden extrahiert, nebeneinander gestellt und gezählt. Als Ankerbeispiele wurden zwei Zitate ausgewählt. Die restlichen Zitate befinden sich im Anhang.

Schritt 7: Mittels mehreren Schlaufen wurde das Material bis zu achtmal überarbeitet, wobei das Kategoriensystem revidiert und differenziert wurde; die theoriegeleiteten Hauptkategorien wurden durch Unterkategorien ergänzt.

Schritt 8: Die Ergebnisse wurden aufbereitet, indem verschiedene Kategorien miteinander verbunden wurden, und mit einer Graphik leserfreundlicher dargestellt wurden.

4.4.2 Die Kategorienbildung

Während der strukturierenden Inhaltsanalyse, der wiederholten Durchgänge der Schritte 1 bis 7, zeichneten sich bestimmte Themen ab. Diejenigen Textteile, die zuvor als ausschmückend oder nicht zur Frage gehörig ausgeschieden wurden, wurden noch einmal betrachtet. Mit der induktiven Kategorienbildung, die die Kategorien „direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess“ (S. 75) ableitet und sich nicht auf vorab formulierte Theoriekonzepte stützt, zeigten sich neue Themenkomplexe wie Stigmatisierung, Autonomie, Angst und Beziehung zur Therapeutin.

Das induktive Vorgehen hat in der qualitativen Forschung eine grosse Bedeutung. Glaser und Strauss (1967) bezeichnen diesen Vorgang als offene Kodierung. Innerhalb der qualitativen Inhaltsanalyse wird er systematischer beschrieben, „indem die gleiche Logik, die gleichen reduktiven Prozeduren verwendet werden, die in der zusammenfassenden Inhaltsanalyse eingesetzt werden“ (S. 76). Die Ergebnisse dieses methodischen Vorgehens sind im Kapitel 5.2.1 bis 5.2.5 geordnet.

4.4.3 Befindlichkeitsgraphik

In der Befindlichkeitsgraphik wurden die Probandinnen gebeten, den Verlauf des Prozesses nochmals in einer Zeittabelle unter dem Aspekt ihres Leidensdruckes festzuhalten. Sie ist festgehalten im Kapitel 5.2.6.

4.4.4 PSTQ

Der von Saunders (1993) konzipierte PSTQ wurde repliziert, jedoch aufgrund der kleinen Stichprobe nicht mit den statistischen Verfahren ausgewertet. Die Ergebnisse werden im Kapitel 5.3 dargestellt.

5. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung dargestellt. Zuerst wird die Stichprobe anhand ihrer demografischen Merkmale abgebildet (Kap. 5.1). Anschließend wird das Inanspruchnahmeinterview (Kap. 5.2 – 5.5) dargestellt, chronologisch getrennt nach den einzelnen Teilen des Interviews, die gleichzeitig die aus dem Theorieteil gebildeten ersten Kategorien bilden. Dabei ist der für diese Untersuchung konzipierte qualitative Interviewteil (Kap. 5.2 und 5.3) zentral, die Befindlichkeitsgraphik (Kap. 5.4) und die Replizierung des PSTQ (Kap. 5.5) werden angefügt.

Bei der Darstellung der Ergebnisse ist zu beachten, dass es, wie üblich in der qualitativen Forschung, „kein kanonisierbares Verfahren“ (Matt 2000, S. 579) zur „textlichen Repräsentation der Wirklichkeit“ (ebda) gibt¹⁶⁷. Pro Kategorie wurden jeweils ein bis zwei Zitate als Beispiele aufgeführt, die restlichen Antworten sind im Anhang zu lesen. Entscheidend war nicht die Deutung unbewusster Inhalte¹⁶⁸, sondern die manifeste Bedeutung des Erzählten. Obwohl in der qualitativen Forschung der latente Inhalt der Äusserungen betont wird (Heckmann 1992)¹⁶⁹, wurden in diesem Interview die belegbaren Äusserungen der Probandinnen verwendet, um daraus Schlüsse zu ziehen.

Die ersten Kategorien ergeben sich aus dem theoretischen Vorwissen und sind in der Konzeption des Interviews zum Inanspruchnahmeprozess gefasst. Es sind drei Stadien des Inanspruchnahmeprozesses; Wahrnehmung des seelischen Problems, Interpretation des seelischen Problems und Entscheidung für eine Psychotherapie, konkrete Kontaktaufnahme mit einer Fachperson. Entlang des Interviewleitfadens (5.2.1. bis 5.2.4) werden die entsprechenden Themen, die sich während der Auswertung ergeben haben, dargestellt. Nach der offenen Eingangsfrage (5.2.1) werden die Ergebnisse der Wahrnehmung der seelischen Probleme (5.2.2), der Interpretation der seelischen Probleme (5.2.3) und der praktischen Fragen zur Kontaktaufnahme (5.2.4) dargestellt.

5.1 Merkmale der Probandinnen

5.1.1 Demografische Merkmale der Interviewpartnerinnen

¹⁶⁷ Die Dissertationen (z. B. Humburg 1998, Hohenstein 1998, Eberl 2000, Wieser 2002), in denen mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring gearbeitet wurde, zeigen unterschiedliche Formen der Darstellung.

¹⁶⁸ Die „Doppelbödigkeit“ (König 2000, S. 557) eines Textes wird von der von Lorenzer (1986) entwickelten Theorie der Tiefenhermeneutik erforscht.

¹⁶⁹ Heckmann (1992) weist darauf hin, dass bei tabuisierten bzw. gesellschaftlich stark sanktionierten Themenbereichen damit zu rechnen ist, dass subjektive Äusserungen auf einer manifesten Ebene nur die halbe Wahrheit darstellen. Rationalisierungen, Verdrängungen und anderen Wirkungen von Abwehrmechanismen würden erfordern, durch die Analyse bestimmter Hinweise und Widersprüche in den Äusserungen und Texten, den latenten subjektiven Sinn freizulegen.

Die demografischen Angaben der Probandinnen wurden am Schluss des Interviews erhoben, um den Prozess des Interviews nicht zu stören. Sie sollen hier vorangestellt werden, um einen ersten Eindruck der Probandinnengruppe zu ermöglichen.

Abb. 9: Tabelle der Demografische Merkmale:

Wohnort	Stadt 21		Land 9		
Alter	16-20 1	21-30 10	31-40 12	41-50 6	51-60 1
Ausbildung	kurze 4		mittlere 16	lange 10	
Zivilstand	ledig 23		verh 5	gesch 2	
Liebesbeziehung	allein 12			Beziehung 18	
Kinder	mit Kinder 8			ohne Kinder 22	

5.1.2 Berufe der Probandinnen

Die Berufe der Probandinnen sind auffällig; jede Probandin hatte zumindest eine abgeschlossene Berufsausbildung. Die Berufe werden aus Anonymisierungsgründen ohne jeglichen Bezug zueinander dargestellt:

Hebamme, Tänzerin, Geschäftsleiterin, Krankenschwester, Informatikerin, Büroangestellte (2 Probandinnen), Schulpsychologin, Craniosacral-Therapeutin, Coiffeuse, Studentin Solosang, Pharma-Assistentin, Oberstufenlehrerin, Juristin, Psychiaterin, Sozialpädagogin, Weinhändlerin, Flight Attendant, Kindergärtnerin, Ärztin, Astrologin, Künstlerin, Primarlehrerin, Chauffeuse und Betonmischerin, Sprachlehrerin, Psychiatrieschwester, Bibliothekarin, Medizinische Laborantin, Sachbearbeiterin Reisebüro, Kaufmännische Angestellte

5.1.3 Zur Repräsentativität der untersuchten Stichprobe

Obwohl die beschriebene Stichprobe nicht als repräsentativ betrachtet werden kann, werden die demographischen Merkmale der Probandinnen mit Befunden empirischer Studien verglichen. Der Vergleich ermöglicht Aussagen darüber, wie weit die betreffenden Probandinnen den Merkmalen der Psychotherapiepatienten entsprechen. Aus Homogenitätsgründen bestand die Stichprobe nur aus Frauen.

Das Alter der Stichprobe entspricht der aus der Literatur bekannten, mittleren Altersgruppe, die am meisten Psychotherapie in Anspruch nimmt (Veroff et al. 1980, Shapiro et al. 1984, Leaf et al. 1985, Mechanic 1991, Vessey und Howard 1993, Arolt 1994). Für die Schweiz stellten Schweizer et al. (2002) fest, dass die unter 20-jährige und über 60-jährige Bevölkerung ein Versorgungsdefizit aufweist. Maercker et al. (2004) jedoch fanden in der Zürcher Altersstudie, dass 5% der über 65-Jährigen Psychotherapie in Anspruch genommen hatten. In der vorliegenden Studie ist die jüngste Probandin 18, die älteste 57 Jahre alt, die jüngeren Probandinnen zwischen 20 und 40 Jahren überwiegen, nur 6 Probandinnen sind zwischen 41 und 50 Jahre alt.

Das Alter könnte auch die items Zivilstand (24 ledig) und Kinder (22 Probandinnen haben (noch) keine Kinder) beeinflussen. Mit zunehmendem Alter wären möglicherweise mehr Verheiratete und mehr Probandinnen mit Kindern zu finden. Zudem nehmen vor allem allein lebende Menschen Psychotherapie in Anspruch (Cohen und Wills 1985, Vessey und Howard 1993, Franz 1997 und Eichenberger 2001). In der vorliegenden Studie wohnten nur 12 Probandinnen allein.

Zu Ausbildung und Sozialstatus der Inanspruchnehmenden finden sich widersprüchliche Ergebnisse. Während in früheren Studien die weniger Gebildeten mehr Psychotherapie brauchen würden, aber weniger in Anspruch nahmen (Hollingshead und Redlich 1958), zeigte sich in aktuelleren Arbeiten, dass besser Gebildete länger zur Inanspruchnahme von Psychotherapie brauchen (Abt 1990, Rudolf et al. 1988, Saunders 1993, Franz 1997a). Besser Ausgebildete konsultieren vor allem in den USA und den Niederlanden spezialisierte Fachpersonen¹⁷⁰ (Alegria et al. 2000a und 2000b) und psychoanalytisch orientierte Behandlungen (Kadushin 1969, Garfield 1994, Alberts et al. 1998, Weckenmann 2000, Beutel und Rasting 2001). Ausführlicher ist dies im Kapitel 2.3.4.2 Sozialstatus beschrieben.

In der vorliegenden Studie haben lediglich 4 Probandinnen eine kurze Ausbildung, 16 Probandinnen eine mittlere und 10 Probandinnen eine lange Ausbildung. Die Probandinnen sind somit eher gut ausgebildet. Die besondere Vorliebe der besser Ausgebildeten zur Psychoanalyse (Garfield 1994, Beutel et al. 2001) zeigte sich in der vorliegenden Untersuchung nicht. Nur eine Probandin (Frau 23) suchte spezifisch eine Psychoanalytikerin auf, um eine Lehranalyse zu absolvieren, sie hatte sich „über den Kopf für die Psychoanalyse entschlossen“.

Eine andere Probandin (Frau 5) war geradezu enttäuscht und entsetzt, als sie merkte, dass ihre Therapeutin Analytikerin ist. Dennoch suchten sich die Probandinnen Hilfe im spezialisierten Sektor, ein Merkmal der besser Ausgebildeten und besser Verdienenden (Alberts et al. 1998, Alegria et al. 2000b). Vielleicht liegt jedoch das „spezialisierte“ nicht an der Psychoanalyse, sondern eher in der Frauenstelle, die impliziert, auf Frauenthemen spezialisiert zu sein und damit den Probandinnen ermöglichte, sich auf eine persönliche, auf die Geschlechtsidentität zielende, Art angesprochen zu fühlen.

Psychotherapiepatienten wohnen eher in städtischen Gebieten (Franz 1997) und gehen in Praxen, die eher in der Stadt als auf dem Land zu finden sind (Driessen et al. 1996). Dies zeigt sich auch in der vorliegenden Stichprobe. 21 Probandinnen wohnten in der Stadt, 9 Probandinnen auf dem Land.

¹⁷⁰ Spezialisierte Fachpersonen sind psychologische oder medizinische Psychotherapeuten, nicht spezialisierte Fachpersonen die schlechter ausgebildeten Sozialarbeiter, die in den USA Therapien durchführen.

Verheiratete sind weniger von psychischen Störungen betroffen (WHO 2000) und nehmen weniger Psychotherapie in Anspruch (Leaf et al. 1988, Vessey und Howard 1993, Franz 1997a). Vor allem Männer profitieren in gesundheitlicher und psychischer Hinsicht vom Verheiratet-sein (Tress 1986, Reister 1995). Anders jedoch bei den Frauen; verheiratete Frauen nehmen häufiger als unverheiratete Psychotherapie in Anspruch (Abt 1990, Hewitt und Rowland 2002, Lefebvre et al. 1998). In der vorliegenden Stichprobe überwiegen die unverheirateten Frauen, was mit dem jungen Alter erklärt werden könnte, ein Drittel der Probandinnen ist unter 31 Jahre alt, oder wieder als ein Hinweis auf die Unabhängigkeit der Gruppe der Probandinnen zu sehen ist. 23 Probandinnen waren ledig, 5 verheiratet und 2 geschieden. Die Frage nach dem Bindungsstatus wurde jedoch offener gestellt, so dass auch verbindliche Beziehungen ohne Heirat, erfasst werden konnten. 18 Interviewpartnerinnen lebten in einer verbindlichen und stabilen Liebesbeziehung, 2 davon in Frauenbeziehungen, 12 Probandinnen waren alleinlebend.

Die Frage, ob Kinder eine Psychotherapieaufnahme eher behindern (Franz 1997a, Eichenberger 2001) oder gerade ermöglichen, weil durch die Kinder der Kontakt zum seelischen Gesundheitssystem gewohnter ist (Hourani und Khlal 1986), wird kontrovers diskutiert. Die vorliegende Stichprobe zeigt, dass mehr als zwei Drittel der Probandinnen, nämlich 22 (noch) keine Kinder haben. Lediglich 8 Probandinnen hatten Kinder.

Die Stichgruppe zeigt also bereits von den soziodemografischen Faktoren her eine unabhängige Gruppe von Probandinnen, die im jungen oder mittleren Alter sind, 23 ledig, 5 verheiratet, 2 geschieden, lediglich 12 Probandinnen sind alleinlebend ohne Beziehung. 18 Probandinnen leben in einer verbindlichen Liebesbeziehung, 2 davon in Frauenbeziehungen. 8 Probandinnen hatten eines oder mehrere Kinder. 21 Probandinnen sind in der Stadt wohnend. Die Gruppe war eher gut ausgebildet. Damit entspricht sie der in der Literatur beschriebenen Gruppe der Inanspruchnehmenden.

5.2 Ergebnisse zum Inanspruchnahmeprozess-Interview

5.2.1 Erste Themenauswahl der Probandinnen: Vertraute, Bewältigung und Leidensdruck

In einer weiten Eingangsfrage sollte die Probandin die Möglichkeit haben, selbst ihre ersten Erinnerungen zu formulieren, noch nicht durch die Interviewfragen eingeengt zu werden.

Folgende Fragen wurden gestellt:

1a . Können Sie mir berichten, wie es dazu gekommen ist, dass Sie sich entschlossen haben, mit Ihren Problemen zu uns zu kommen?

1b. Erzählen Sie einfach so, wie es Ihnen in den Sinn kommt in ein paar Sätzen, so das Wichtigste, was Sie gerade jetzt finden, was ausschlaggebend war, dass Sie zu uns gekommen sind. Ich werde Ihnen anschliessend konkrete Fragen stellen.

Zunächst zeichneten sich zwei Tendenzen ab. Zum einen betonten die Probandinnen (17) in ihren Erzählungen den erfahrenen Leidensdruck oder sie berichteten eher sachlich (13), wie sie zur Psychotherapie kamen. Zum andern stellten die einen Probandinnen Personen aus der Familie oder aus dem Freundes- oder Bekanntenkreis, im folgenden „Vertraute“ genannt, (17) ins Zentrum, die ihnen geholfen hatten oder sie erwähnten nur ihre eigene Befindlichkeit (13).

Die zwei Tendenzen miteinander zu kombinieren ergab keinen Sinn, vielmehr wurde eine andere Strukturierung in drei Teile sinnvoller. Es fielen die Themen Vertraute, Leidensdruck und eine kurze sachliche Beschreibung auf, daher ergaben sich drei Kategorien: 13 Interview-Teilnehmerinnen kamen über ihre Vertrauten zur Psychotherapie (Kategorie 1: Vertraute), 8 Interviewpartnerinnen berichteten von ihrem Leidensdruck (Kategorie 2: Leidensdruck), der sie zur Aufnahme einer Psychotherapie bewegte, weitere 9 Probandinnen erzählten kurz und sachlich (Kategorie 3), wie sie zur Psychotherapie gekommen waren.

Kategorie 1: Zugang durch Vertraute	13
Kategorie 2: Pragmatischer Zugang	9
Kategorie 3: Zugang durch Leidensdruck	8

Kategorie 1: 3,4,6,9,10,12,14,15,16,18,21,24,26,

Kategorie 2: 2,5,8,17,19,23,28,29,30

Kategorie 3: 1,7,11,13,20,22,25,27

Kategorie 1: Zugang durch Vertraute

13 Interviewpartnerinnen berichteten von der Unterstützung, die sie bei ihren Vertrauten gesucht und bekommen hatten. Freundinnen (3,4,9,10,15,18,26), die Mutter (21), die Tochter (6) oder die Schwester (24), aber auch Fachpersonen wie eine Gynäkologin (14), eine Supervisorin (16) und eine Hausärztin (12), wurden hier genannt als diejenigen, die die Probandinnen zu einer Psychotherapie ermutigt hatten.

Nachdem Frau 3 durch die Empfehlung von Freunden der Gedanke, eine Psychotherapie aufzunehmen, näher gekommen war, ging es ihr schon besser. Sie beschreibt das Kippen in der Frage der Notwendigkeit einer Behandlung. Erst nachdem ihre Symptome erneut auftauchten, entstand der Entschluss, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen:

„Also es ist schon so gewesen, dass diese Leute, denen ich meine Probleme erzählt habe, irgendwann gefunden haben, du aber, meinst du nicht, das wäre mal etwas, so eine Psychotherapie für dich? (...) Und dann, als es mir wirklich sehr schlecht gegangen ist, habe ich mit einem älteren Freund geredet, der auch schon mal Psychotherapie gemacht hat und sie hat mir dann so den Gedanken gegeben, für sie sei dieser Psychotherapeut so wie ihr Wegweiser gewesen, wo ihrem Gedankenchaos wieder eine Richtung gezeigt hat, und dann habe ich wie so zum ersten Mal gefunden, ja moll mhm, vielleicht wäre das noch gut. Und dann ist es mir aber grad wieder viel besser gegangen und ich habe doch gedacht, nein, das ist nicht nötig. Und dann hat das halt wieder gekippt und irgendwann habe ich aber schon gedacht, ja jetzt mach ich das einfach. Irgendwie war es einfach klar gewesen, dass ich das will.“

Frau 15 hatte sich von einer Freundin überzeugen lassen, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Sie betonte ihren Widerstand:

„Hm. Also es ist so, ich muss vorausschicken, dass ich schon zweimal vorher Psychotherapie angefangen habe und dann aber abgebrochen habe, relativ schnell, das hat nie lange Dauer gehabt und äh ich habe mich sicher, weil der Druck zu gross geworden ist von mir selber her, habe ich mich entschlossen, das zu machen, und bin schon auch von meiner Freundin, wie so, sie hat mich da rangeführt und hat gesagt, du musst schauen und so. So von aussen her, mein Widerstand das anzugehen, ist eigentlich riesengross gewesen ja.“

Kategorie 2: Pragmatischer Zugang

9 Interviewpartnerinnen berichteten eher pragmatisch, wie sie zur Psychotherapie gekommen waren. Frau 5 und Frau 17 hatten Probleme am Arbeitsplatz und brauchten Unterstützung, Frau 8 wollte zu einer Frau gehen. Frau 23 suchte eine Lehranalytikerin, andere hatten einfach Probleme, sahen im Telefonbuch nach und telefonierten (28,30).

Frau 2 erwähnte keinen Leidensdruck, ihr Partner ermutigte sie zu einer Psychotherapie:
„Ja. Ich habe mit meinem Partner Krach gehabt und letzten Endes, so der Kick ist gewesen, dass er gesagt hat: Mach mal etwas, geh in eine Therapie oder so!“

Frau 30 schilderte ihre starken Symptome, die eine Entlastung erzwungen hatten und den beruflichen Anspruch, die Symptome zu beheben:

Frau 30: „Mhm. Also ich habe irgendwie schon gemerkt, dass ich Symptome habe, die nicht mehr normal sind. Also irgendwie habe ich beim Autofahren nicht mehr ins Tunnel fahren können, ohne dass ich schwitzende Hände gehabt und ohne dass ich das Gefühl gehabt habe, ich falle in Ohnmacht oder ich fahre in die Wand und produziere einen Unfall oder so. Dann auch in der Nacht, Angststörungen und Panikattacken und Herzinfarkt und so. Ich habe dann das Gefühl gehabt, ich warte ein wenig und schaue dann und es ist wenig besser geworden. Ich habe dann auch eine Stelle angefangen und da habe ich das Gefühl gehabt, das wäre jetzt sehr eigenartig, wenn ich da voll neurotisch irgendwie (...) gegenüber sitze, mit meinen Neurosen und Ängsten und Phobien. Und da habe ich gedacht, ich muss das angehen und dem muss ich näher kommen und ich muss einfach diese Symptome beheben.“

Kategorie 3: Zugang durch Leidensdruck

8 Probandinnen stellten den Leidensdruck ins Zentrum. Dabei wurden Formulierungen wie „immer weinen“ (1) oder „ich kann nicht mehr“ (7), „nicht glücklich“ (13), „sehr traurig“ (20) oder „am Limit“ (Frau 27) gebraucht. Frau 10 war sehr aggressiv gegen andere Menschen und Frau 22 begann auf der Strasse laut zu reden, anhand dieser Vorkommnisse bemerkten sie ihren eigenen Leidensdruck.

Frau 1 war sehr verzweifelt:

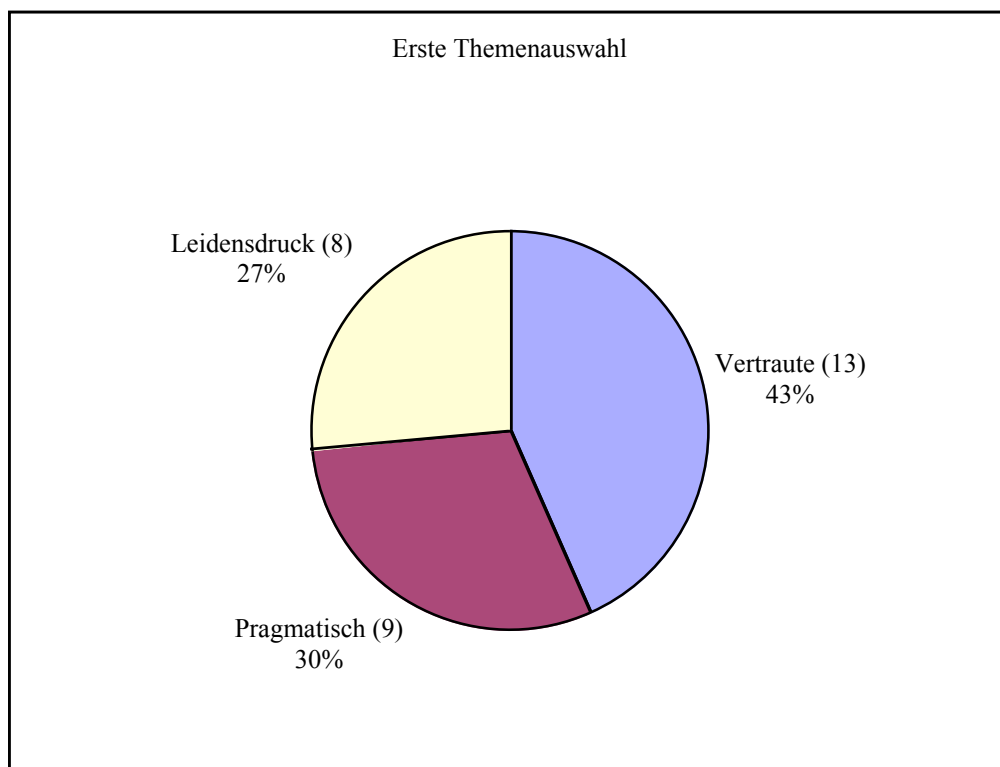
„Also ich habe diese Operation gehabt und alles überstanden und ich bin einfach in ein tiefes Loch gestürzt. Ich habe immer weinen müssen und ich habe mir einfach nicht mehr zu helfen gewusst. (...) Und eines Tages ist das einfach unerträglich.“

lich geworden. (...) Und dann habe ich im Telefonbuch nachgeschaut und da hat es ja hundert Namen und da ist mir das ins Auge gestochen, Frau ... Frauenstelle, und ich dachte, ein Mann versteht das nicht. Und dann habe ich der Frau X, also dann habe ich hierhin angeläutet und Frau X ist am Telefon gewesen und ich habe laut hinausgeweint und gesagt, ich brauche Hilfe und so bin ich zur Frau X gekommen.“

Frau 25 berichtete von ihren depressiven Symptomen und ihrem Entschluss, möglichst schnell und intensiv die Symptome zu beheben:

„Also vorausgegangen ist vor zwei Jahren eine Depression sogar mit Arbeitsunfähigkeit, für etwa zuerst mal zwei Monate. Da bin ich zuerst in (...) gewesen zur Behandlung. Es ist ziemlich schlagartig gewesen, also von heute auf morgen habe ich irgendwie gefunden, jetzt ist genug. Es ist ein schleichender Prozess gewesen, wo ich so unmotiviert.... mühsam, musste mich überwinden, Sachen zu machen, die ich sonst gern mache. Und dann ist es wirklich eigentlich von heute auf morgen gewesen, so nicht mehr also! Eigentlich wie so aus einem Gefühl heraus, also ich ziehe es so nicht weiter endlos, das Leben. Es ist wie die Überwindung immer zu gross, immer grösser geworden, so den Alltag aufrecht zu erhalten. Ja und das ist schon noch happig gewesen, es hat sich alles eigentlich auf den Kopf gestellt und ich habe dann gefunden, ja, auch das Schaffen eben, (...), und habe aus dem heraus gefunden, ich bin gar nicht mehr präsent und bin über den Hausarzt zuerst, der hat mich dann mal eine Woche krank geschrieben und eben, es ist dann eigentlich ziemlich bald klar gewesen, es ist etwas Psychisches, eben ich soll mir quasi einen Therapeuten, eine Therapeutin suchen. Und für mich ist es dann klar gewesen, ja es muss möglichst intensiv und schnell und jetzt einfach fokussiert auf das und dann kann ich wieder normal einsetzen und dann ist wieder alles gut oder, das ist die Idee gewesen.“

Abb. 10: Diagramm: Erste Themenauswahl



Die Antworten der offenen Frage verweisen auf drei relevante Themen, die im Verlauf des Interviews weiter behandelt werden. Die Vertrauten und der subjektiv empfundene Leidensdruck sind neben den pragmatischen Auslösern wichtige Stationen im Inanspruchnahmeprozess.

5.2.1.1 Die Bedeutung der Vertrauten, des Leidensdrucks und der Bewältigung

Die offene Eingangsfrage führte in die Weitläufigkeit der Thematik ein, wie dies auch bezüglich dem Erstinterview (z. B. Eckstaedt 1992) bekannt ist. Drei wesentliche Themen kristallisierten sich in diesen ersten Sätzen heraus; die bekannten Motive der Freunde und Bekannten, des Leidensdrucks und überraschend die Betonung der eigenen Bewältigungsstrategien.

Vertraute

Die grosse Bedeutung der Freunde, Angehörigen und Kollegen, also der Vertrauten, für die Aufnahme einer Psychotherapie ist bekannt (Saunders 1993, Jandl-Jager 2000, Sieker und Lairaiter 2000). Entsprechend wurde in den ersten Gedanken zur selbst erfahrenen Psychotherapie-Aufnahme von den Probandinnen die Vertrauten genannt. Näher betrachtet, fanden die Erwähnungen der Vertrauten meist in der zweiten Phase des Inanspruchnahmeprozesses der Interpretation statt. Sie hatten eine unterstützende und bestätigende Funktion.

Eigene Bewältigung

Weniger bekannt hingegen ist das Motiv des pragmatischen Umgangs mit der Betonung der eigenen Bewältigung der Frage der Psychotherapie-Inanspruchnahme als erste Bemerkung zum Thema des Inanspruchnahmeprozesses. Allerdings wird immer wieder formuliert, dass die beliebtesten Psychotherapiepatienten diejenigen mit einer guten Motivation sind, die nicht geschickt werden, sondern selber eine Psychotherapie aufsuchen. Dies ist ein weiterer Hinweis darauf, dass sich die Probandinnen der vorliegenden Stichprobe durch eine starke Eigenmotivation auszeichnen.

Leidensdruck

Ebenso bekannt (Freud 1895, Mechanic 1976, Leaf et al. 1985, Leaf et al. 1988, Shapiro et al. 1984, Saunders 1993, Herschbach 1995, Tschuschke 1998) ist die Bedeutung des Leidensdrucks für die Psychotherapie-Aufnahme. Dies bestätigen die Probandinnen mit der Erwähnung des erfahrenen Leidensdrucks, der ihnen als erstes als Zugang zur Psychotherapie in den Sinn gekommen ist.

Neben den in den Kategorien gefassten Themen wurden auch der eigene Widerstand (Frau 15), die Frauenstelle (Frau 1), bereits gemachte Therapieerfahrung (Frau 13), die Betonung des eigenen Wunsches nach Veränderung (Frau 3) oder des eigenen Müssens der Behebung der Symptome (Frau 30) erwähnt. Somit wurden nahezu alle später erfragten Themen bereits in der ersten Frage angetönt.

5.2.2 Wahrnehmung des seelischen Problems

Die Interviewfragen sollten helfen, den Wahrnehmungsprozess zu erinnern und nacherzählen zu können. Durch die folgenden Fragen wurde mit der Probandin eingegrenzt, wie, wann und wo sie subjektiv wahrgenommen hatte, dass etwas mit ihr „nicht mehr stimmt“. Kapitel 5.2.2.1 behandelt den ersten Moment der Wahrnehmung eines seelischen Problems. Entscheidend war, welche Personen (Kap. 5.2.2.2) oder allenfalls Informationen aus den Medien (Kap. 5.2.2.3) die Patientin bei diesem Prozess unterstützten. Die Ergebnisse werden im Kapitel 5.2.2.4 zusammengefasst.

5.2.2.1 Zeitpunkt der Wahrnehmung des seelischen Problems

Folgende Fragen wurden gestellt:

1a. **Wie** haben Sie überhaupt gemerkt, dass sich seinerzeit bei Ihnen etwas verändert hat?

1b. War das ein genauer **Moment**, wie etwa: “Jetzt hat sich etwas Grundlegendes verändert!“? Also was genau hat ausgelöst, dass Sie merkten, dass etwas „nicht mehr stimmt“?

1c. **Wann** war das? War es an einem bestimmten Datum? Jahr, Monat, Tag?

1d. **Wo** war das? Bei einer bestimmten Gelegenheit, an einem bestimmten Ort?

1e. Nebst dem, was Sie mir jetzt schon erzählt haben, gibt es **andere Momente**, die Sie erinnern, in denen Sie wahrgenommen haben, dass Sie Probleme hatten, die wir bis jetzt noch nicht berücksichtigt haben?

17 Probandinnen erzählten von einem klaren Moment, in dem sie gemerkt haben, dass sie eine Grenze erreicht haben und es so nicht mehr weitergeht.

13 Probandinnen berichteten von einem längeren Zeitraum, in dem sie ihre Symptome wahrgenommen hatten. In diesem längeren Zeitraum lassen sich drei Themen unterscheiden: 5 Personen (Frau 1, Frau 8, Frau 14, Frau 26, Frau 29) erzählten von einer schleichenden Wahrnehmung, 6 Probandinnen (Frau 4, Frau 10, Frau 11, Frau 15, Frau 16, Frau 28) berichteten, am Ende ihrer Kräfte zu sein und 2 (Frau 5, Frau 13) Interviewpartnerinnen stellten ihre Suche nach Unterstützung in den Vordergrund.

Kategorie 1: Moment, konkretes Bild	17
Kategorie 2: Längere Zeitspanne	13
Kat 2a: schleichendes Wahrnehmen	5
Kat 2b: am Ende der Kräfte sein	6
Kat 2c: Unterstützung suchen	2

Kategorie 1: 2,3,6,7,9,12,17,18,19,20,21,22,23,24,25,27,30

Kategorie 2:**Kat 2a: 1,8,14,26,29****Kat 2b: 4,10,11,15,16,28****Kat 2c: 5,13****Kategorie 1: Moment, konkretes Bild**

17 Antworten zeigen ein klares Bild; die Probandinnen erinnerten einen genau fassbaren Moment, in dem sie realisierten, dass sie Hilfe aufsuchen mussten. Manche Probandinnen bekamen einen Anstoss von ihrem Freund (Frau 2, Frau 19) oder bei einem Gespräch mit einem Kollegen (Frau 17, Frau 21). Andere erinnerten einen deutlichen Moment, sei es als Bild des „Wegweisers“ (Frau 3), als körperliche Sensation des „Herzrasens“ (Frau 12), in den Ferien (Frau 6), in der Wohnung (Frau 7) oder am Morgen, wie Frau 18 sagte: „und es geht wieder so lang, bis ich wieder ins Bett gehen kann am Abend“. Frau 25 beschrieb diesen Moment als „das Fass, das überlaufen ist“, andere bemerkten klar, dass es ihnen sehr schlecht ging (Frau 20, Frau 22, Frau 23, Frau 24, Frau 27).

Frau 9 erinnerte sich exakt an den Tag:

„An diesem Telefon, an diesem Tag, es ist der dritte oder vierte Januar gewesen. Ja. Also ich habe ernsthaft überlegt, ob ich nach (...) gehen soll und mich einweisen soll in diese Klinik. Und dann habe ich doch gedacht, alles andere klappt, also da kann ich doch gar nicht gehen und sagen, ich spinne, das glaubt mir doch gar niemand.“

Auch inhaltlich erinnerte sich Frau 9 ganz deutlich:

„Ja. Also, ich habe immer Probleme mit der Liebe. (...) Und bis anhin haben wir es eigentlich immer so lösen können, dass ich am Schluss gesagt habe zu diesen Männern: tschau, Ende story fertig! Aber mit dem Freund, den ich jetzt habe, das ist mir so wichtig gewesen, den zu behalten, dass ich das Gefühl gehabt habe: jetzt musst du etwas unternehmen, sonst hört es auf!“

Als Frau 30 eine neue Arbeitsstelle angetreten hatte, wurde für sie sichtbar, dass dies nicht mehr mit ihren Symptomen zu vereinbaren war:

„Als ich dann diese Stelle angefangen habe, ist es einfach nicht mehr dringelegen, dass ich am Nachmittag drei, vier Stunden schlafe.“

Kategorie 2: Längere Zeitspanne: Kat 2a: schleichende Wahrnehmung

5 Probandinnen berichteten von der schleichenden Wahrnehmung der Symptome. Frau 1 redete vom Bild einer „Wunde, die einfach so fest blutet, wo man merkt, wenn man jetzt nicht zum Arzt geht, verblutet man“. Andere hatten sich über eine längere Zeit immer wieder schlecht gefühlt (Frau 8, Frau 26). Frau 14 nahm nur schleichend wahr, dass sie Probleme hatte, wie bei Frau 9 war die Liebesbeziehung ein wichtiger Grund, sich helfen zu lassen:

„Ist eher eine lange Zeit gewesen. Das ist schleichend gekommen. Also das ist nicht einfach peng ein Ereignis gewesen und dann habe ich gedacht, nein, das ist

jetzt genauso wie früher und jetzt muss ich etwas machen. Sondern es ist eher schleichend gekommen. Es hat eben einmal angefangen mit einem Ereignis und dann ist es so weitergegangen und ich bin so hereingerutscht in dieses Gefühl, dass alle gegen mich sind und so. Ja. Und nach und nach habe ich realisiert, dass das jetzt dasselbe ist wieder wie früher und habe dann eben Angst gehabt, dass ich wieder meine Beziehung zerstöre. Das ganze Zeugs da, das ich gehabt hatte, war schuld an unserer Trennung und ich hatte Angst, dass es wieder genauso kommt. (...) Dieser Wendepunkt ist wirklich gekommen, als ich wieder mit meinem Freund zusammengewesen bin und wo das alles einfach, wo das Ganze wieder angefangen hat.“

Frau 29 erinnert sich zwar klar an Aggressionen und Ängste, insbesondere ihr Zeitgefühl war eineengt, dennoch entstand erst in einem längeren Zeitraum das Gefühl, es müsse etwas passieren:

„Also das eine ist sicher die Aggressionen gewesen zum Teil, das zerschlagene Fenster. Und das andere ist das gewesen, dass ich gemerkt hab, dass ich gar nicht mehr in der Lage gewesen bin, über mehrere Tage oder Wochen hinauszudenken. Ich bin fast nur noch in der Lage gewesen, den einen Tag, wo jetzt grad ist, einigermassen zu bewältigen und mehr ist irgendwie nicht mehr dringelegen. Und da hat es mich gedünkt, es ist etwas nicht mehr gut. Eben dazu sind natürlich diese Ängste gekommen oder...Aber eigentlich die auslösenden Sachen sind diese zwei gewesen.“

Ich habe mir keine grösseren Räume mehr vorstellen können. Ich habe mir nur noch ganz kleine, kleine Einheiten mir vornehmen können, die zu überstehen oder...und irgendwann hat es mich gedünkt, jetzt ist das so eng und so klein geworden, jetzt muss etwas passieren.“

Kategorie 2: Längere Zeitspanne: Kat 2b: am Ende der Kräfte sein

6 Interviewpartnerinnen nahmen über einen längeren Zeitraum wahr, dass sie am Ende ihrer Kräfte waren. Mit den Bildern „am Ende der Kräfte sein“ (Frau 8) und „das kann kein Dauerzustand sein“ (Frau 10) wurde die Erschöpfung beschrieben. Frau 15 formulierte das bedrohliche Gefühl, nichts mehr zu spüren:

„An ein bestimmtes Gefühl kann ich mich erinnern. So wie zu merken, jetzt spüre ich einfach gar nichts mehr. (...) Wirklich so das Gefühl, es ist zuviel, ich spüre nichts mehr, ich spüre mich nicht mehr. So. Mhm.“

Frau 16 konnte an nichts mehr anderes denken und bemerkte durch den Vergleich mit anderen ihre grosse Belastung, eine der vielen Möglichkeiten, psychische Belastung wahrzunehmen, wie später in Kapitel 5.1.3.1 unter der Kategorie 1c) zu finden ist:

„Wie habe ich das gemerkt? Ich denke schon, auch wieder im Vergleich mit meinen Lehrerkollegen und -kolleginnen, wo ich gemerkt habe, die haben das viel leichter. Und zwar auf zwei Ebenen, im Umgang mit den Schülern, aber auch eben bei so Sachen, die auftauchen, wo die das viel leichter nehmen können, gut, das hat sicher auch mit Anfänger, Anfängerin sein zu tun. Aber wo ich doch gemerkt habe, die können viel leichter mit Kritik und Angriffen von irgendwelchen Seiten umgehen. Eben und am Anfang habe ich das sicher für normal gehalten, ich als Anfängerin habe jetzt halt grössere Probleme, ist es schwieriger. Ja, ich

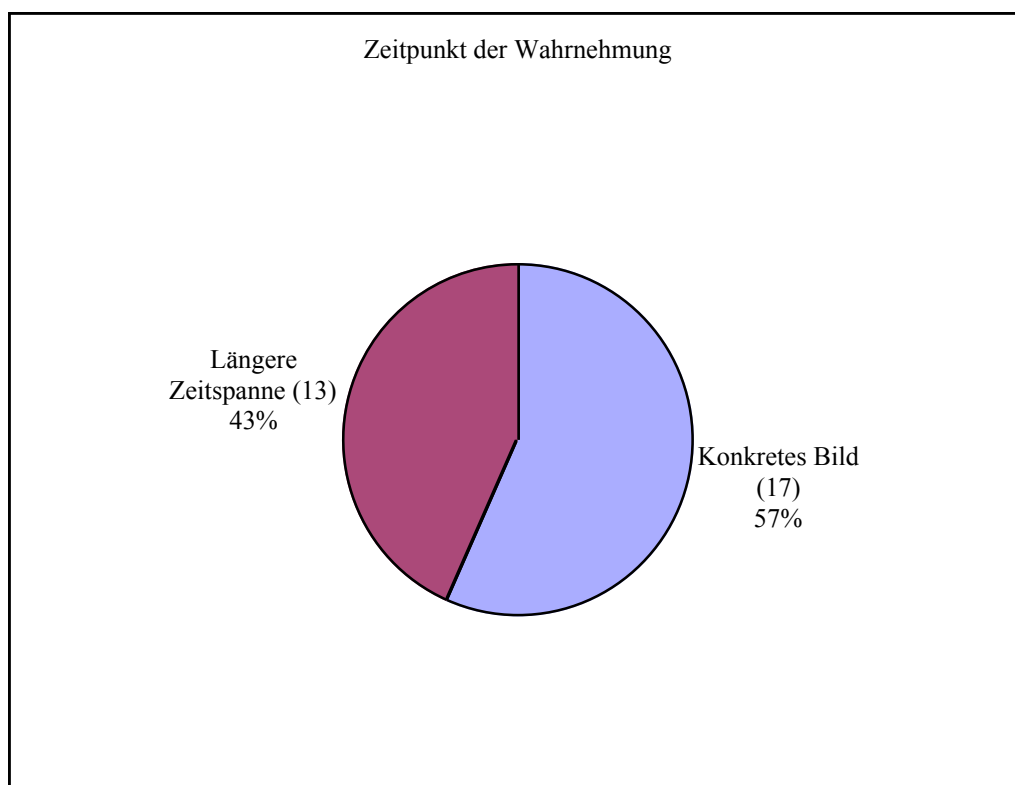
denke nicht mehr normal ist es in dem Moment geworden, wo es so stark geworden ist. Etwas wo, dann wenn es da ist, fast nichts mehr anderes zulässt, fast keine andere Wahrnehmung mehr zulässt. - Mhm. Und wo das vielleicht manchmal so gegen Schluss, ja manchmal fast tagelang präsent gewesen ist. (...) Sobald ich nicht durch irgendetwas, was wir gerade machen, abgelenkt bin, kommt der Gedanke an das wieder.“

Kategorie 2: Längere Zeitspanne: Kat 2c: Unterstützung suchen

2 Interviewpartnerinnen betonten ihre Suche nach Unterstützung. Frau 5 suchte eine Frau als Therapeutin und Frau 13 suchte bereits zum zweiten Mal eine Psychotherapie auf. Sie empfand es dabei leichter, sich die Unterstützung zuzugestehen:

„Also es war nicht so ein Druck wie beim ersten Mal so. Es war eher so, ja ich mach jetzt das. Ich brauch das, ich brauch diese Unterstützung und jetzt geh ich da wieder dran.“

Abb. 11: Diagramm: Zeitpunkt der Wahrnehmung



17 Probandinnen hatten ein klares und gut erinnerbares Bild ihres Entschlusses. 13 Probandinnen erwähnten die Erschöpfung und eine längere Zeit, in der klar wurde, dass sie Hilfe aufsuchen würden. Alle Studienteilnehmerinnen erinnerten sich präzise an die Zeit vor dem Entschluss, was auf eine hohe psychische Besetzung dieser Zeitspanne innerhalb des Inanspruchnahmeprozesses hinweist.

5.2.2.2 Vertraute und Hausärzte bei der Wahrnehmung des seelischen Problems

Mit wem, wenn überhaupt, haben die Interviewpartnerinnen über die Wahrnehmung ihrer veränderten seelischen Befindlichkeit gesprochen? Folgende Fragen wurden gestellt:

2a. Sind Sie mit der Wahrnehmung Ihres Problems allein geblieben oder haben Sie mit jemandem darüber **Gespräche** führen wollen und können?

2b. So etwa Hausärztin oder Hausarzt oder andere Fachpersonen, Verwandte, Freundeskreis, Bekanntenkreis, Arbeitskollegschaft?

Zunächst zeigten sich zwei grosse Gruppen; die meisten, 25 Probandinnen redeten mit Vertrauten. Gleich viele Probandinnen, aber nicht diesselben, redeten nicht mit dem Hausarzt. Nur vereinzelt wurden andere Fachpersonen zugezogen. Es ergaben sich also drei potentielle Ansprechpartner; die Vertrauten, die Hausärzte und andere Fachpersonen. Die Kategorien sind mögliche Kombinationen mit den entsprechenden Ansprechpartnern.

Vertraute

25 Personen besprachen diesen Wahrnehmungsprozess im Austausch mit Vertrauten aus dem Freundes- oder Familienkreis, dabei nahmen die Freundinnen mit 20 Nennungen den grössten Platz ein. Die Gespräche mit den Vertrauten waren jedoch nicht nur hilfreich, häufig beschrieben die Probandinnen auch die Grenzen dieser Gespräche; Frau 11 beispielsweise meint: „was wollen die schon?“.

9 Probandinnen redeten mit ihrer Mutter (einmal war „Eltern“ genannt) über die Wahrnehmung ihrer psychischen Probleme, auch hier wurden Schwierigkeiten genannt. Frau 14 „wollte sie nicht unnötig belasten mit solchen Sachen“.

6 Interviewpartnerinnen besprachen ihre Wahrnehmungen mit ihrem Freund oder Ehemann. 5 Probandinnen redeten mit ihrer Schwester, weitere 5 mit Arbeitskollegen, eine Probandin mit ihrer Tochter.

Freundin(nen)	20
Mutter	9 (davon einmal Eltern)
Freund oder Ehemann	6
Schwester	5
Arbeitskollegen, Kollegen	5 (davon einmal gute Freunde)
Tochter	1

Hausärzte

Die Mehrheit der Probandinnen, 25 Personen, beantworteten die Frage nach Gesprächen mit den Hausärzten negativ. Sie suchten gerade kein Gespräch mit dem Hausarzt, weil sie ihn für psychische Probleme als nicht zuständig erachteten oder gar nicht daran dachten, ihn zuziehen zu können. 18 Probandinnen äusserten sich dabei artztafers. Es können drei Typen von Erklä-

rungen unterschieden werden; deutlich negative Äusserungen, sachliche Erklärungen und versicherungstechnische Erklärungen. Nur 5 Interviewteilnehmerinnen sprachen mit ihrem Hausarzt, davon berichteten 2 Probandinnen (Frau 6, Frau 14) von enttäuschenden Gesprächen, 3 Probandinnen (Frau 20, Frau 21, Frau 27) von guten Gesprächen.

7 Probandinnen suchten ihren Hausarzt wegen eines Zeugnisses für die Krankenkasse oder einer medikamentösen Behandlung während der Psychotherapie auf. Diese 7 Hausarztbesuche sind in den folgenden Kategorien nicht berücksichtigt, da sie nicht mit dem Einspruchnahmeprozess zu tun haben.

Andere Fachpersonen

5 Probandinnen redeten mit anderen Fachpersonen über ihr seelisches Problem und eine allfällige Behandlung. 3 Probandinnen (Frau 1, Frau 4, Frau 14) redeten mit ihrer Gynäkologin oder ihrem Gynäkologen. Frau 16 kam mit ihrer Supervisorin ins Gespräch und Frau 25 telefonierte einer Mitarbeiterin der „Dargebotenen Hand“.

Kategorie 1: Mit V, ohne HA, ohne FP	17
Kategorie 2: Mit V, mit HA, ohne FP	5
Kategorie 3: Mit V, ohne HA, mit FP	3
Kategorie 4: Mit V, mit HA, mit FP	-
Kategorie 5: Ohne V, ohne HA, ohne FP	3
Kategorie 6: Ohne V, mit HA, ohne FP	-
Kategorie 7: Ohne V, ohne HA, mit FP	2
Kategorie 8: Ohne V, mit HA, mit FP	-

Kategorie 1: 2,3,6,7,8,9,10,13,15,17,18,19,22,23,24,26,28

Kategorie 2: 11,20,21,27,30

Kategorie 3: 1,4,14

Kategorie 4: 0

Kategorie 5: 5,12,29

Kategorie 6: 0

Kategorie 7: 16,25

Kategorie 8: 0

Abb 12: Kreuztabelle Gespräche mit Vertrauten, Hausärzten (HA) und anderen Fachpersonen (FP):

	Vertraute ja	Vertraute nein	
HA nein FP nein	17	3	20
HA ja FP nein	5	0	5
HA nein FP ja	3	2	5

HA ja	0	0	0
FP ja			
Total	25	5	30

Kategorie 1: Mit Vertrauten, ohne Hausarzt, ohne andere Fachperson

17 Interviewpartnerinnen redeten mit Vertrauten, jedoch weder mit dem Hausarzt, noch mit anderen Fachpersonen. Die Gründe dazu waren unterschiedlich; manchen kam es gar nicht in den Sinn, den Hausarzt beizuziehen (Frau 3, Frau 7, Frau 15, Frau 18, Frau 28) sie dachten, der Hausarzt könne ihnen nicht helfen (Frau 10, Frau 19, Frau 26) und wollten darum nicht mit ihm reden (Frau 13, Frau 22, Frau 24). Für einige (Frau 2, Frau 8, Frau 9, Frau 10) war es leicht, mit Freundinnen oder dem Freund über eine allfällige Psychotherapie zu sprechen, andere (Frau 7, Frau 17) betonten die Grenzen eines freundschaftlichen Gesprächs oder es war ihnen unangenehm (Frau 13, Frau 23). Die Verwandten wurden häufig geschont (9,14) oder sie waren „Teil des Problems“ (Frau 26).

Frau 3 liess sich ihren Entschluss von ihrer Freundin und ihrem Freund bestätigen:

„Ich habe dann nachher noch, also das muss relativ kurz nachher gewesen sein, ich weiss es nicht mehr so genau, jedenfalls ist es auch noch im Sommer gewesen, ist meine Freundin reingekommen und ich habe die Idee so mit mir herumgetragen und habe sie gefragt, ob sie das irgendwie komisch fände oder übertrieben oder unangemessen oder was sie meine. Und sie hat dann gesagt, nein das fände sie gut, weil sie merke, dass es mir oft nicht gut gehe und sie könne mir einfach nicht helfen. Sie wisse einfach nicht, wie mir helfen und sie hat mich dann sehr darin bestärkt und das ist sicher auch wichtig gewesen. Ich habe es auch mit meinem Freund besprochen und er hat ähnlich reagiert, er hat das auch gut gefunden und mich in dem bestärkt. Das ist sicher auch wichtig gewesen.“

Frau 3 erklärte, warum der Hausarzt für sie nicht in Frage gekommen war:

„Der Hausarzt überhaupt nicht ... also ich muss den sowieso wechseln, also das wäre für mich nicht in Frage gekommen. Ich hätte mich da ...wirklich so das Gefühl gehabt, dass er denkt, ja jetzt hat sie das Gefühl, jetzt müsse sie da noch irgendso ... nein, da hätte ich jetzt gar keine Lust gehabt, das mit dem zu besprechen. Also ich bin schon mit anderen Sachen so angestossen und er hat mir überhaupt nicht weiterhelfen können, dass ich jetzt gar nicht zu ihm gegangen wäre.“

Die Gespräche mit Vertrauten zeigten jedoch auch die Grenzen auf; Frau 6 konnte zwar mit ihrem Mann reden, fühlte sich jedoch nicht gut verstanden.

Frau 6 konnte sich von ihrem Mann beruhigen lassen:

„Sicher mit meinem Freund dort, das ist jetzt mein Mann. Sonst - ja vielleicht meine Freundin noch. Also am wichtigsten ist sicher mein Mann gewesen, der hat da ein bisschen eine andere Haltung, der hat dann gesagt, ja, ich sehe das jetzt nicht so bedrohlich. Irgendwie das hilft mir auch jetzt noch. Also er findet nicht, jetzt tu nicht so blöd, aber er wirkt irgendwie beruhigend.“

Ihre Mutter hingegen habe sie gehindert, frühzeitig Psychotherapie in Anspruch zu nehmen:

„Ja ich glaube, das war schon vorher so, dass ich dachte, alles andere nützt nichts, eine Therapie wäre noch gut. Nur hat meine Mutter damals ja sehr dagegen geredet und ich weiss noch, sie hat natürlich viele Erklärungen gehabt, du strickst zu viel und du bist zu nervös, also sie hat da so viele Erklärungen gehabt. Also ich denke ohne meine Mutter wäre ich schon viel früher gekommen.“

Der Hausarzt von Frau 6 fand eine Psychotherapie nicht nötig:

„Ich bin auch zu einem homöopathischen Arzt (ihr Hausarzt, d.V.), der gefunden hat, das könne man eigentlich gut homöopathisch behandeln, das sei nicht nötig, eine Psychotherapie.“

Kategorie 2: Mit Vertrauten, mit Hausarzt, ohne andere Fachperson

5 Probandinnen redeten mit ihren Vertrauten und mit ihrem Hausarzt. Auch sie wollten die Familie nicht belasten (Frau 27). Frau 11, Frau 20, Frau 21 und Frau 27 wurden hausärztlich gut beraten und fachgerecht zur Psychotherapie überwiesen. Frau 30 suchte sich in ihrer Not eine Ärztin in der Nähe, sie wollte ihre Ängste nicht mit ihrer Hausärztin besprechen.

Frau 11 erwähnte die Grenzen der Gespräche mit Kollegen und das Bedürfnis nach einer Fachperson:

„Ich habe damals studiert und das waren auch Mitstudentinnen und mit den Eltern, also das war vor allem in der Anfangsphase und mit der Zeit habe ich gefunden, das bringt mich nicht weiter und dann meine Freundinnen können auch nicht immer, ja ich meine, was wollen die schon? Also irgendwie habe ich gemerkt, das braucht jemand, wo neutral ist.“

Frau 11 erklärte anschaulich den Umweg über die medizinischen Anlaufstellen, auch sie schildert die Schwierigkeit der Wahrnehmung des psychischen Leidens „ich habe nichts gemerkt, was da noch psychisch dahinterstecken könnte“, ähnlich zu Frau 30, die „wieder normal durchs Tunnel fahren können“ wollte (Kap. 5.1.2.4):

„Ich bin dann auch bei einem Tropenarzt gewesen, der hat nichts gefunden, der Hausarzt hat dann langsam angefangen zu finden, da stimmt etwas nicht, das ist psychosomatisch und das habe ich eigentlich kategorisch am Anfang abgelehnt, vor allem habe ich mich einfach gefragt, ja was ist denn? Weil ich habe von null ... ich habe nichts gemerkt, was da noch psychisch dahinterstecken könnte.“

Frau 20 hat mit der Tochter darüber geredet, die sie auch zum Hausarzt geschickt hat:

„Die Tochter hat einfach gemerkt, wo sie bei mir gewesen ist, dass ... ja dass es mir nicht gut geht, weil ich ja ... eigentlich viele Tränen gehabt habe, viel geweint habe. Dann haben wir dann darüber geredet. Und auf dieses Gespräch hin habe ich dann den Arzt aufgesucht.“

Kategorie 3: Mit Vertrauten, ohne Hausarzt, mit anderen Fachpersonen

Frau 1, Frau 4 und Frau 14 hatten mit ihrer Gynäkologin oder ihrem Gynäkologen geredet. Während zwei der Gespräche stützend für die Psychotherapieaufnahme waren, merkte Frau 1, „es ist nicht das, was ich brauche“, sie redete am Arbeitsplatz davon:

„Ich habe schon Leute gehabt. Ich habe das dann auch bei der Arbeit so erzählt. Also einfach. Ich bin da noch schnell so wenn ich im Druck bin und Druck ablassen muss. Nein, das ist vielleicht mein Charakter. Und ich habe eine Frau getroffen, die hat auch diese Operation machen müssen und die ist überhaupt, also sogar zwei Frauen, und die haben überhaupt nicht so reagiert wie ich, die hat auch keine Kinder und die ... also ich habe keine getroffen, die auch so vehement reagiert hat wie ich.“

Von ihrem Mann fühlte sich Frau 1 nicht verstanden:

„Er hat das überhaupt nicht also wie tiefgreifend das war, das hat er nicht verstanden, gar nicht! Er hat das gar nicht gecheckt und ich habe dann auch aufgehört zu reden davon, weil ich mich auch als abnormal empfunden habe. Ich spinne halt ein bisschen, so!“

Ebenso konnten Freundinnen und Schwester nicht helfen:

„Ich habe eine Freundin und ich habe eine uhgute Schwester und ich bin auch, ich weiss nicht, ich habe sicher sehr viel mit dieser zusammen geweint. Und ich meine die meisten Freundinnen von mir haben Kinder und auch meine Schwester hat Kinder und die sagen jeweils, du weißt gar nicht wie das ist mit Kindern und ich sage dann ja und du weißt nicht, wie es ist ohne Kinder! Meine Freundinnen haben alle Kinder. Ich habe auch Freundinnen die haben keine Kinder, aber ich bin doch allein. Ich fühle mich auch im Leben immer allein (weint).“

Der Gynäkologe betreute Frau 1:

„Mein Arzt hat mich medizinisch betreut und ich habe schon zwei drei Anläufe gemacht, ihm meine Probleme anderweitig zu schildern und er hat mir sicher zugehört, aber ich habe gemerkt, es ist nicht das, was ich brauche.“

Kategorie 4: Mit Vertrauten, mit Hausarzt, mit anderen Fachpersonen

Keine der Probandinnen hat sowohl mit Vertrauten, als auch mit ihrem Hausarzt und mit anderen Fachleuten geredet.

Kategorie 5: Ohne Vertraute, ohne Hausarzt, ohne andere Fachperson

3 Probandinnen (Frau 5, Frau 12, Frau 29) redeten mit gar niemandem über ihr seelisches Problem und eine allfällige Behandlung.

Frau 29 ist eher allein geblieben, hat ihrem Lebenspartner nur ihren Entschluss zur Psychotherapie mitgeteilt, aber die Wahrnehmung ihres Leidens sprach sie nicht an:

„Eigentlich bin ich eher allein geblieben. Also ich habe es mal mit meinem Freund besprochen so kurz am Rand und so. Aber er hat das eigentlich erst reali-

siert, als ich das erste Mal gegangen bin, dass mir das ernst ist, und dass ich das meine.“

Mit dem Hausarzt wollte Frau 29 nichts Derartiges besprechen:

„Nein. Das wäre mir nie in den Sinn gekommen. Ich habe genau gewusst, dass Ärzte keine Ahnung haben von dem. Es ist einfach...das hat mir auch meine Erfahrung gezeigt. Wenn die Ärzte etwas machen, dann machen Sie etwas Medizinisches, etwas Psychiatrisches und das ist natürlich nicht das Richtige.“

Kategorie 6: Ohne Vertraute, mit Hausarzt, ohne andere Fachpersonen

Keine Probandin hatte weder mit Vertrauten, noch mit anderen Fachleuten, jedoch mit dem Hausarzt geredet.

Kategorie 7: Ohne Vertraute, ohne Hausarzt, mit anderen Fachpersonen

2 Probandinnen (Frau 16, Frau 25) redeten nur mit anderen Fachpersonen, Frau 16 mit ihrer Supervisorin und Frau 25 mit einer Mitarbeiterin der „Dargebotenen Hand“, an die sie sich „in der Totalverzweiflung“ wandte. Sie erscheint unter dieser Kategorie, weil sie nicht auf ein soziales Netz wie Vertraute oder ein Hausarzt zurückgreifen konnte oder wollte:

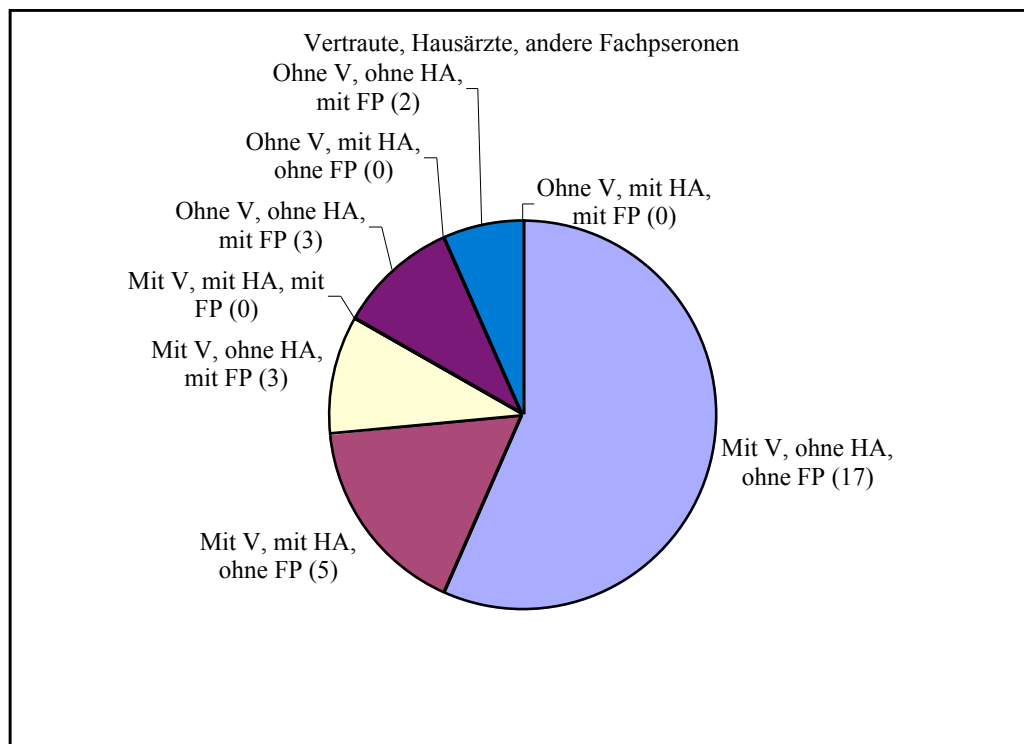
„Da bin ich schon zuerst allein geblieben. Es ist mir wie auch nicht klar gewesen, was passiert ist, ich habe es nicht festmachen können an irgendwas und bin dann, ja das erste Mal, in der Totalverzweiflung sogar am 143, dieser Dargebotenen Hand angeläutet. Und dort hat mich dann, die haben mir dann auch gesagt, ja jetzt sind Sie erst mal krank und haben mir sogar irgendwie, das war Wochenende dort, ein Gespräch angeboten und das habe ich dann auch in Anspruch genommen und habe aber dann auch so, wobei das ist noch schwierig gewesen, mit dem Freund dann noch geredet, also der hat dann das schon mitbekommen. Und es ist aber ein Stück weit, im Nachhinein belastend gewesen, weil es ja irgendwie wie nicht erklärbar gewesen ist und ja, also es ist ... ich habe ja sehr viel mich selber in Frage gestellt und es ist dann wie so ein Druck von mir aus, wie ich das dann erklären müsste jemand anderem. Und das ist dann eigentlich durch diese Gespräche, wo im Anschluss gelaufen sind, schon sehr entlastend gewesen, also sobald ich dann professionelle Hilfe gehabt habe. Da habe ich es dann dort deponieren können. Rundum haben es schon einige Freunde mitbekommen, aber in dem Sinn ist das nie wirklich so zum Thema geworden.“

Kategorie 8: Ohne Vertraute, mit Hausarzt, mit anderen Fachpersonen

Keine Probandin redete nicht mit Vertrauten, aber mit ihrem Hausarzt und einer anderen Fachperson.

Zusammenfassend zeigt das folgende Diagramm die acht besprochenen Kategorien:

Abb. 13: Diagramm: Vertraute (V), Hausärzte (HA), andere Fachpersonen (FP)



Die Mehrheit der Probandinnen führte nur Gespräche mit Vertrauten (17), was die bereits in der offenen Eingangsfrage gefundene grosse Bedeutung der nahen Bezugspersonen während des Inanspruchnahmeprozesses unterstreicht. 5 Probandinnen redeten mit Vertrauten und Hausärzten. 3 Probandinnen besprachen die Wahrnehmung ihres seelischen Problems mit Vertrauten und anderen Fachperson. Weitere 3 Personen sprachen mit gar niemandem und 2 Probandinnen führten Gespräche mit anderen Fachpersonen, jedoch weder mit Hausärzten, noch mit Vertrauten.

5.2.2.3 Vorkenntnisse: Ausbildung und Therapieerfahrung

Was wussten die Probandinnen über psychische Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten? War dieses Wissen hilfreich bei der Wahrnehmung der seelischen Probleme?

Folgende Fragen wurden gestellt:

2c. Hat Sie etwas **Äusseres** wesentlich beeinflusst in Ihrer Wahrnehmung Ihres seelischen Problems? Wie etwa Zeitschriften, Fernsehen, Internet?

Die Frage nach den äusseren Einflüssen bei der Wahrnehmung der seelischen Probleme wurde differenzierter beantwortet, als die Frage gestellt war. Die Probandinnen führten in ihren Überlegungen zu allfälligen äusseren Einflüssen die Themen Ausbildung und bereits gemachte Therapieerfahrungen an, beide Themen wurden nicht explizit befragt.

Zunächst zeigten sich zwei Gruppen, die sich durch das subjektive Gefühl, sich informiert (13 Probandinnen) oder nicht informiert (17 Probandinnen) zu fühlen, unterschieden.

17 Probandinnen, die Mehrheit der Stichprobe der vorliegenden Untersuchung, fühlten sich nicht gut informiert.

13 Probandinnen fühlten sich gut informiert. Nebst allfälliger Ausbildung oder eigener Therapieerfahrung spielten Freunde oder Familienmitglieder eine Rolle (Frau 2, Frau 4, Frau 20), von denen die Probandinnen etwas über Psychotherapie hörten. Andere sahen einen Bericht am TV oder lasen ein Buch zum Thema (Frau 1, Frau 21).

Unabhängig von Informationen aus der Ausbildung (11 Probandinnen) oder aus bereits gemachter Therapieerfahrung (10 Probandinnen) fühlten sich jedoch manche Probandinnen trotzdem nicht informiert. Umgekehrt fühlten sich Probandinnen zwar gut informiert, hatten aber weder Ausbildungs- noch Therapieerfahrungen.

Die zwei Gruppen wurden in einer Kreuztabelle mit den items Therapieerfahrung und Ausbildung miteinander in Beziehung gesetzt, schliesslich ergaben sich 8 Kategorien.

Informiertheit, Ausbildung und Therapieerfahrung

Die Kategorien richten sich einerseits nach dem subjektiven Gefühl der Informiertheit der Probandinnen, andererseits nach den Faktoren Ausbildung oder Therapieerfahrung. Entscheidend war, ob die Probandin Informationen mit den eigenen Problemen verbinden konnte.

Kategorie 1: Gut inf., Ausb. ja, Ther. ja

Kategorie 2: Gut inf., Ausb. nein, Ther. nein

Kategorie 3: Gut inf., Ausb. ja, Ther. nein

Kategorie 4: Gut inf., Ausb. nein, Ther. ja

Kategorie 5: Schlecht inf., Ausb. ja, Ther. ja

Kategorie 6: Schlecht inf., Ausb. nein Ther. nein

Kategorie 7: Schlecht inf., Ausb. ja, Ther. nein

Kategorie 8: Schlecht inf., Ausb. nein, Ther. ja

Kategorie 1: 10,17

Kategorie 2: 2,4,15,20

Kategorie 3: 1,7,18,21

Kategorie 4: 5,8,19

Kategorie 5: 12

Kategorie 6: 3,6,9,11,16,22,24,27

Kategorie 7: 23,28,29,30

Kategorie 8: 13,14,25,26

Abb. 14 : Tabelle: Gefühl der Informiertheit in Zusammenhang mit Ausbildung und Therapieerfahrung:

	Gut informiert	schlecht informiert	
Ausb. Ja The.erf ja	2	1	
Ausb. nein The.erf nein	4	8	
Ausb. ja The.erf. nein	4	4	
Ausb. nein The.erf. ja	3	4	
Total:	13	17	30

Die Kreuztabelle zeigt, dass die items Ausbildung und bereits gemachte Therapieerfahrung nicht mit dem subjektiven Gefühl der Informiertheit zusammenhängen. Einzig die Gruppe derjenigen, die weder Kenntnisse aus der Ausbildung, noch etwaige Therapieerfahrung hatten und sich auch dementsprechend nicht gut informiert fühlten, ragt aus der Kreuztabelle mit den meisten, nämlich 8 Probandinnen heraus.

Frau 12 fühlte sich schlecht informiert, trotz Ausbildungskenntnissen und Therapieerfahrung.

Kategorie 1: Gut informiert, mit Ausbildung, mit Therapieerfahrung

Lediglich 2 Probandinnen (Frau 10, Frau 17) hatten Ausbildung und Therapieerfahrung und fühlten sich auch gut informiert. Für Frau 17 war ein Lehrer ausschlaggebend:

„Also ich habe während der Ausbildung einen sehr guten Psychologen gehabt. Also der ist Lehrer gewesen, der hat Psychologie gegeben und der hat sehr ein gutes Persönlichkeits- oder wie man sagt -training gemacht und das ist dort dann auch mal hervorgekommen und ich habe, das muss ich noch sagen, ich habe zu dieser Zeit schon einmal eine Therapie gemacht.“

Kategorie 2: Gut informiert, ohne Ausbildung, ohne Therapieerfahrung

4 Probandinnen fühlten sich gut informiert, ohne Kenntnisse aus Ausbildung oder bereits gemachter Therapieerfahrung zu haben. Frau 2 hatte von ihren Geschwistern von Psychotherapie gehört:

„Ja, auch wieder von der Schwester her. Was sie so erzählt hat. Und der Bruder ist auch mal in Therapie gegangen und ich meine die Schwester hat Psychologie studiert und ... aber was ich nicht gewusst habe, es gibt ja so viele Richtungen aber ich weiss auch heute nicht, was für eine Richtung Sie machen (...)Ah ja! Ich sage einfach eine Gesprächstherapie. Also das ist mir auch eigentlich egal!“

Kategorie 3: Gut informiert, mit Ausbildung, ohne Therapieerfahrung

4 Probandinnen fühlten sich gut informiert, hatten Kenntnisse aus der Ausbildung, aber keine Therapieerfahrung. Frau 18 war selber professionell im Gesundheitsbereich tätig und darum gut informiert:

„Ja. Klar. Durch meine Berufsausbildung als Psychischwester natürlich. Da habe ich die Zeichen natürlich schon erkannt bei mir.“

Kategorie 4: Gut informiert, ohne Ausbildung, mit Therapieerfahrung

3 Probandinnen fühlten sich gut informiert, hatten keine Kenntnisse aus einer Ausbildung, aber bereits gemachte Therapieerfahrung. Frau 5 hatte bereits Therapieerfahrung, sie hatte Mühe mit der Psychoanalyse:

„Jaja. Ich habe schon gemacht gehabt vorher. Was ich lange Mühe gehabt habe, ist einfach die Psychoanalyse, es heisst ja im Telefonbuch Frauenstelle für Beratung und Therapie und dann bin ich zur Frau X gekommen und sie macht Psychoanalyse!“

Kategorie 5: Schlecht informiert, mit Ausbildung, mit Therapieerfahrung

Eine Probandin (Frau 12) fühlte sich trotz Ausbildung und Therapieerfahrung schlecht informiert. Sie konnte die eigenen Probleme nicht mit einer psychischen Störung verbinden:

„Ich habe immer das Gefühl gehabt, dass es bei mir nicht so schlimm ist, dass ich psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen muss. Wobei ich das nicht gewertet habe. Also ich habe das schon immer gutgeheissen, dass wenn jemand wirklich Probleme hat, dass man dann sich Hilfe sucht, und sich in fachliche Hände begibt. Aber ich selber habe nie das Gefühl gehabt, dass es mich betrifft oder

dass ich wirklich so massive Störungen habe, dass ich solche Hilfe in Anspruch nehmen sollte. Ja.“

Kategorie 6: Schlecht informiert, ohne Ausbildung, ohne Therapieerfahrung

Die grösste Gruppe sind die acht Probandinnen (Frau 3, Frau 6, Frau 9, Frau 11, Frau 16, Frau 22, Frau 24, Frau 27), die weder Ausbildung noch Therapieerfahrung hatten und sich auch entsprechend nicht gut informiert fühlten. Frau 22 realisierte gefühlsmässig in einem Moment, dass sie Hilfe brauchte, sie verband dies nicht mit Informationen:

„In diesem Moment hab ich meinen Mann als Problem angeschaut und irgendwie hab ich dann einfach von einem auf den anderen Moment realisiert, dass ich ja auch ein Problem habe deswegen. Aber ich habe das nicht systematisch oder so...ich hab einfach das Gefühl gehabt, jetzt brauche ich Hilfe. Das ist...nein ich habe das überhaupt nicht eingeordnet oder überlegt oder so.“

Kategorie 7: Schlecht informiert, mit Ausbildung, ohne Therapieerfahrung

4 Probandinnen fühlten sich nicht gut informiert, obwohl sie durch Ausbildung oder Therapieerfahrung Kenntnisse über Psychotherapie haben sollten. Frau 6 dachte, sie sei die „Einzigste“, Frau 12 dachte, es sei bei ihr „nicht so schlimm“ und Frau 14 hatte das Gefühl, „das was ich habe, ist nichts, das haben alle“. Frau 24 hatte „vorher keine Ahnung“ und Frau 25 empfand es als „Tabuthema“. Frau 28 bekam in der Supervision das Gefühl, es sei nicht schwierig, „wenn man über so seelische Sachen redet“. Frau 26, 27 und 29 hatten zwar Informationen, fühlten sich jedoch trotzdem nicht gut informiert.

Frau 30 konnte ihre Symptome nicht einer psychischen Störung zuordnen:

„Erst als ich die Therapie angefangen habe, habe ich etwas mehr darauf geachtet. Vorher eigentlich gar nicht. Vorher hätte ich das auch nicht als Angststörung oder Panikattacken gesehen, sondern ich weiss auch nicht, schlaflose Nächte und nicht mehr Autofahren können. Ich habe das irgendwie nicht -, obwohl ich sicher über Angststörungen gelesen habe, da habe ich gedacht, bei mir sicher nicht! (...) Nein. Es ist wirklich einfach so; diese Symptome wegbekommen wollen und deshalb eine Beratung aufgesucht, wieder schlafen wollen und wieder normal durchs Tunnel fahren können und nicht, ich gehe wegen meinen Angststörungen oder so.“

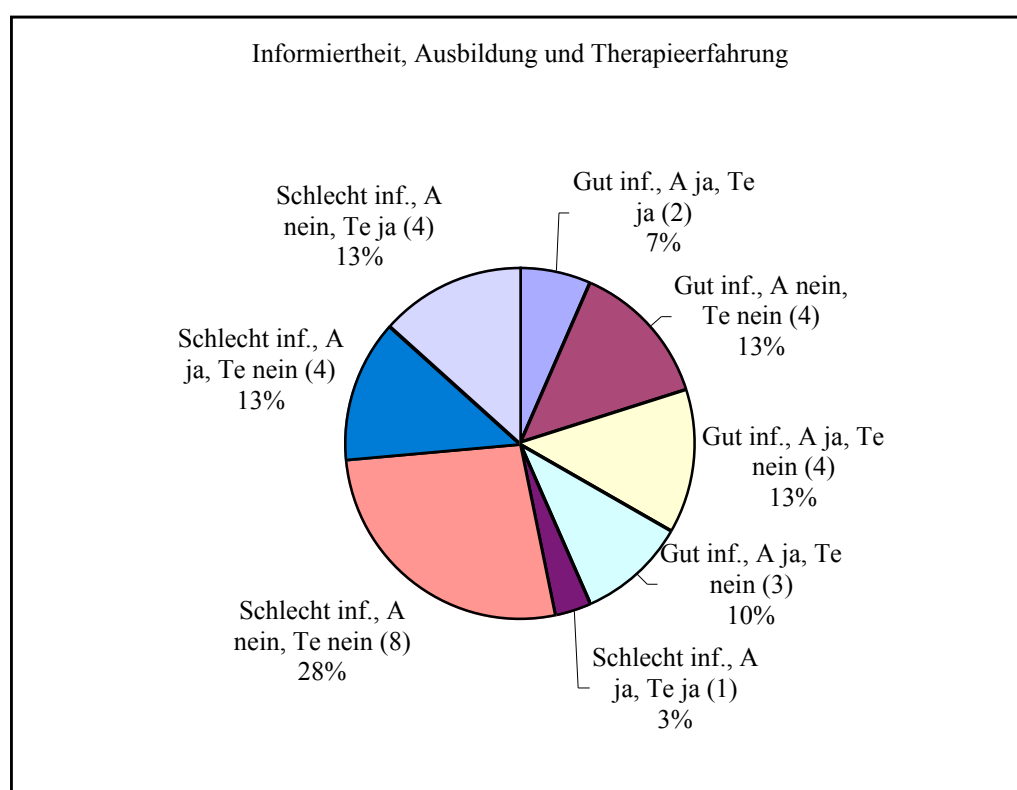
Kategorie 8: Schlecht informiert, ohne Ausbildung, mit Therapieerfahrung

4 Probandinnen fühlten sich schlecht informiert, hatten keine Kenntnisse aus der Ausbildung, jedoch bereits gemachte Therapieerfahrung. Frau 25 empfand es als Tabuthema, hätte sich eher einen Beinbruch gewünscht und erklärte anschaulich ihr Dilemma:

„Nein. Also eigentlich ist das völlig ein Tabuthema gewesen, auch von meiner Familie her so. Ja man hat vielleicht schon mal von psychischen Krankheiten ge-

redet oder so, was schwierig ist, einfach eben so quasi die Arbeit hinzuwerfen oder nicht mehr schaffen können, das ist für mich das Schwierigste gewesen, das akzeptieren müssen und ja was sagt man auf der Arbeitsstelle, auch im Hinblick, man möchte wieder zurück. Das ist für mich sehr schwierig gewesen, das ist offiziell nicht durchgekommen, dass das eine Depression gewesen ist, das hat man so mit Virusgeschichte so durchziehen können, das habe ich schlussendlich auch sehr mühsam empfunden, dass man wie dieses Doppelspiel eigentlich betreiben musste. (...) Ja. Ich habe mir dann auch oft gewünscht, ja hätte ich nur einen komplizierten Beinbruch, dann wäre das irgendwie klar gewesen. Und so ist es halt nicht so fassbar gewesen.“

Abb. 15: Diagramm: Gefühl, gut oder schlecht informiert zu sein



Das Diagramm zeigt deutlich die grösste Gruppe der Probandinnen, die sich schlecht informiert fühlten und weder Kenntnisse aus einer Ausbildung noch bereits gemachte Therapieerfahrung hatten (Frau 3, Frau 6, Frau 9, Frau 11, Frau 16, Frau 22, Frau 24, Frau 27).

5.2.2.4 Gründe für die Aufnahme einer Therapie: 1. Wahrnehmung des Problems

Der erste Schritt des Inanspruchnahmeprozesses beinhaltet die Wahrnehmung der seelischen Probleme. Im Gegensatz zur offenen Eingangsfrage beantworteten die Probandinnen die gestellten Fragen zum Zeitpunkt der ersten Wahrnehmung, zu allfälligen vertrauten Personen, mit denen sie ihre Wahrnehmung besprochen hatten und zu ihren Vorkenntnissen über psychische Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten.

Zeitpunkt der Wahrnehmung des seelischen Problems

Die Probandinnen erinnerten sich alle präzise an den Zeitpunkt oder die Zeitspanne der Wahrnehmung. Die erinnerten Bilder, seien sie gefangen in einem Moment, an den sich die Probandinnen konkret erinnerten, oder seien sie gefangen in einer längeren Zeitspanne, während der sich ihre Stimmungen und Gefühle veränderten, wurden von den Probandinnen exakt und differenziert beschrieben.

Während sich die Momenterinnerungen durch einzelne klar herausragende Bilder auszeichnen, beinhalten die Antworten, die eine längere Zeitspanne beschreiben, auch die Grenzen der eigenen Kräfte oder die Suche nach Unterstützung. Obwohl die initialen Stadien einer psychischen Störung oft nicht spezifisch und daher schwierig zu erkennen sind (Skelton et al. 1991), zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass sich die Probandinnen gut an diese erste, unterschiedlich erlebte Zeit erinnerten.

Vertraute und Hausärzte bei der Wahrnehmung des seelischen Problems

Im Gegensatz zur offenen Eingangsfrage wurde beim ersten Schritt des Inanspruchnahmeprozesses des Interviews spezifisch gefragt, mit wem die Probandinnen über ihre Wahrnehmung geredet hätten, dabei waren die Vertrauten gemeint, die alle vertrauten Personen betreffen sollte, so auch Angehörige und Fachleute, beispielsweise Hausärzte, die bekannterweise an erster Stelle in der Versorgung psychischer Störungen stehen (Franz und Schepank 1994, Araya et al. 1994, Üstün und Sartorius 1995, Mechanic 1991, Schmitz et al. 2002). Gut belegt ist zudem, dass der Gang zur Psychotherapie wesentlich durch Angehörige, Freunde und Kollegen unterstützt wird. Dazu sind diese Patienten motivierter als diejenigen, die durch die Institutionen überwiesen werden (Jandl-Jäger 2000, Saunders 1993, Sieker und Lairaiter 2000).

Konsistent mit der Literatur wurden die Vertrauten bereits in der offenen Eingangsfrage von 13 Probandinnen erwähnt. Bei der ersten konkreten Interviewfrage zeigte sich, dass die meisten (25) Probandinnen mit Vertrauten redeten, davon 20 Probandinnen mit ihren Freundinnen über die Wahrnehmung ihrer Probleme. Dies entspricht der Differenzierung zwischen befreundeten und familiären Vertrauten; während vor allem erstere die Inanspruchnahme wesentlich unterstützen, seien letztere besonders stationären Behandlungen gegenüber ablehnend eingestellt (Sieker und Lairaiter 2000).

Dabei hatten die Freundinnen eine entlastende Funktion bei der Wahrnehmung (Frau 22), aber meist eine bestätigende und unterstützende Funktion (Frau 3), die nicht während der Wahrnehmung, sondern erst im 2. Schritt der Interpretation wichtig wurde und damit die Beobachtung stützt, dass das Laiensystem zuerst berücksichtigt wird, bevor das professionelle Netzwerk beansprucht wird (Krause Jacob 1992, Kadushin 2006). Die Beantwortung der Fra-

ge zeigt, dass die wesentliche Aufgabe der Vertrauten in der Unterstützung des 2. Schritts, und nicht wie hier gefragt im 1. Schritt, stattfindet. Damit zeigt sich ein Fehler in der Konzeption des Interviews. Dank der qualitativen Erhebungsmethode kann dieses Ergebnis trotzdem sichtbar werden.

Die Rolle des sozialen Netzes wird in der Literatur kontrovers besprochen; einig ist man sich, dass das Alleinleben, ohne Liebesbeziehung, ein Prädiktor für eine Psychotherapie-Aufnahme ist (Rudolf et al. 1988, Franz 1994, Eichenberger 2001), und die Existenz „zentraler Beziehungspersonen“ (Franz 1994; S.247) einen eher „retardierenden Einfluss“ (ebda) auf die Psychotherapieakzeptanz ausübe. Herrle und Angermeyer (1997) hingegen unterscheiden nach der Diagnose des Patienten, ob das soziale Netz unterstützend oder ver hindernd wirkt. Nach Pescosolido et al. (1998) ist die Struktur des Netzwerkes ausschlaggebend für eine unterstützende oder hemmende Wirkung.

Obwohl Hausärzte psychische Störungen ihrer Patienten oft nicht erkennen (Kellner 1987) und daher auch nicht fachgerecht an Spezialisten überweisen können (Kruse et al. 1999), sind sie doch an erster Stelle in der Versorgung psychischer Störungen (Franz und Schepank 1994, Araya et al. 1994, Üstün und Sartorius 1995, Mechanic 1991, Schmitz et al. 2002, Henderson 2000). Ihre Überweisungsvorschläge zu einer Psychotherapie werden von fast allen Patienten angenommen und durchgeführt (Hessel et al. 2000).

Dies wurde bereits im Filtermodell von Goldberg und Huxley (1980) formuliert, nach dem die meisten Patienten zuerst zum Hausarzt gehen, und von diesem dann überwiesen werden. Reinecker und Krauss (1994) fanden in ihrer Untersuchung zum Weg zur Psychotherapie an 25 Patienten, dass neun Klienten der Empfehlung ihres Hausarztes folgten, acht sich nach Hinweisen von Bekannten und Freunden richteten, drei selber im Telefonbuch nachschauten und fünf Probanden verschiedene andere Auswahlkriterien angaben.

Es erstaunt, dass in der vorliegenden Studie 25 Interviewpartnerinnen gerade nicht das Gespräch mit dem Hausarzt gesucht haben. Dies erinnert an eine Studie von Kruse et al. (2004) zum hausärztlichen Gespräch, in der nur 10% der Fälle der Patient um einen aktiven, kontrollierenden Part rang. Eine dominante Haltung des Arztes verstärkte die Tendenz der Patienten, psychische Probleme zu verschweigen. Mehr als die Hälfte der Patienten sprach ihre psychischen Beschwerden im hausärztlichen Gespräch aus Angst oder Scham vor Stigmatisierung nicht an.

Nur 5 Probandinnen hatten in der vorliegenden Studie das Gespräch mit anderen Fachleuten gesucht. 3 Patientinnen hatten ihre Probleme mit ihren Gynäkologen besprochen. Eine Probandin redete mit ihrer Supervisorin, die andere mit einer Mitarbeiterin der „Dargebotenen Hand“ über ihre Wahrnehmung. Der seltene Einbezug der Hausärzte wie auch anderer Fachpersonen weist auf eine unabhängige und eigenständige Nutzung der Angebote hin und zeigt deutlich, dass die Probandinnen ihre seelischen Beschwerden als persönliche Probleme und Schwierigkeiten ansahen, und nicht als somatische Probleme, für die der Hausarzt zuständig wäre.

Vorkenntnisse: Ausbildung und Therapieerfahrung:

Mehr als die Hälfte, 17 Probandinnen fühlten sich schlecht informiert über psychische Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten. 13 Probandinnen fühlten sich gut informiert. Diese Gefühle waren unabhängig von bereits gemachten Therapieerfahrungen (10 Probandinnen) oder von Ausbildungswissen (11 Probandinnen). Diese Ergebnisse decken sich mit den

in der Literatur gefundenen Ergebnissen. Saunders (1993) interpretiert den paradoxen Befund, dass besser Ausgebildete länger brauchen, um das Problem wahrzunehmen, mit stärkerem Selbstvertrauen den eigenen Ressourcen gegenüber und mehr Vertrauen in alternative Hilfen. Er interpretiert den ersten Schritt der Wahrnehmung der eigenen Probleme bereits als eine erste Barriere im Inanspruchnahmeprozess.

Die meisten Menschen haben kaum Vorkenntnisse. Sie wissen weder, was psychische Störungen sind, noch wer sie fachgerecht behandeln kann (Fäh 2002, Haberfellner und Voracek 2004). Ausserdem sind viele Menschen negativ gegenüber psychischen Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten eingestellt (Angermeyer et al. 1999, Hessel et al. 2000).

Bereits gemachte Therapieerfahrung kann ein Prädiktor für eine erneute Psychotherapieaufnahme sein (Eichenberger 2001), allerdings suchen diejenigen Patienten, bei welchen der Erstkontakt scheiterte, meist keine weitere Therapeuten mehr auf (Zepf et al. 2001). Dazu meint Henderson (2000): „An understanding of common mental disorders is a necessary, though not sufficient, preliminary to help-seeking“ (S. 328).

Zusammenfassend ergibt sich, dass der erste Schritt der Wahrnehmung der seelischen Probleme von den Probandinnen gut erinnert wurde, entweder in einem konkreten Moment oder in einer längeren Zeitspanne gefasst. Die Vertrauten nahmen bei der Wahrnehmung eher eine entlastende Funktion ein, erst in den späteren Schritten unterstützten und bekräftigten sie den Entscheid zur Psychotherapie-Aufnahme der Probandin. Die Probandinnen fühlten sich nicht gut informiert über psychische Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten, und zwar unabhängig von bereits gemachten Therapieerfahrungen oder spezialisierter Ausbildung. Dieses Phänomen zeigt das emotionale Geschehen, bei dem rationales Wissen wenig der Verunsicherung der Probandin entgegensetzen kann.

Dies geht einher mit der bekannten Chronifizierung, die den psychischen Störungen inhärent ist und den damit verbundenen langen Patientenkarrerien (Ringel und Kropiunigg 1983, Streeck et al. 1986, Meyer et al. 1991, Buller et al. 1992, Nübling 1992, Potreck-Rose et al. 1994, Kessler et al. 1998, Kächele 2000 und Kap. 2.1.2.3).

5.2.3 Interpretation des seelischen Problems

Die Interpretation der seelischen Beschwerden zu psychischen Symptomen, die diagnostizierbar und damit mitteilbar werden, erfolgt durch die intensiv veränderte Wahrnehmung des Leidensdrucks (Kap. 5.2.3.1). Dabei sind kritische Lebensereignisse und spezifische Lebensphasen oft auslösend (Kap. 5.2.3.2). Die begleitenden Gefühle der Probandinnen schwankten zwischen Hoffnung, Unsicherheit und Entschlossenheit (Kap. 5.2.3.3). Das letzte Kapitel 5.2.3.4 fasst die bisherigen Ergebnisse zusammen.

5.2.3.1 Die Veränderung des Leidensdrucks bei der Interpretation zu Symptomen

Die Veränderung des eigenen Leidensdrucks erleichtert die Zuordnung zu einem Symptom. Wie haben dies die Probandinnen empfunden? 10 Probandinnen (Frau 1, Frau 7, Frau 10, Frau 11, Frau 13, Frau 14, Frau 20, Frau 22, Frau 25, Frau 27) stellten bereits bei der offenen Eingangsfrage den Leidensdruck ins Zentrum. In dieser Frage der Spezifikation des Leidensdrucks gehören alle 10 Probandinnen auch zur Kategorie 1, ausser Frau 14, die trotz ihres grossen Leidensdrucks in der Eingangsfrage hier zur Kategorie 2 gehört. Folgende Fragen wurden gestellt:

1a. Wie haben Sie gemerkt, dass Ihr Leid sich von „gewöhnlichem menschlichen Leid“ unterscheidet und Sie externe Hilfe benötigen?

1b. Wie haben Sie sich Ihr Leid erklärt?

24 Probandinnen berichteten von einem deutlich anders erlebten Leidensdruck, den sie entweder an der Dauerhaftigkeit und Intensität, im Vergleich zu anderen oder zum eigenen, früher erlebten Leidensdruck erkennen. 10 dieser 24 Probandinnen erwähnten den Leidensdruck bereits in der offenen Eingangsfrage.

6 Probandinnen hingegen konnten den damals erlebten Leidensdruck nicht von einem „normalen“ Leidensdruck unterscheiden.

Es ergeben sich zwei Haupt-Kategorien, die erste Kategorie 1 wird in vier Unterkategorien differenziert:

Kategorie 1: Anders erlebter Leidensdruck		24
Kat 1 a: Grosser Leidensdruck	15	
Kat 1 b: anders als früher	2	
Kat 1 c: andere haben es leichter	5	
Kat 1 d: Dauerhaftigkeit	2	
Kategorie 2: Keine Veränderung		6

Kategorie 1a: 4,6,7,9,10,11,15,17,19,20,22,24,27,28,29

Kategorie 1b: 12,30

Kategorie 1c: 1,8,13,16,26

Kategorie 1d: 18,25

Kategorie 2: 2,3,5,14,21,23

Kat 1 a: Grosser Leidensdruck

15 Probandinnen beschreiben die Intensität ihres Leidensdrucks, wie „ein tiefes Loch“ (Frau 4), „etwas, das lähmt“ (Frau 6) „nicht mehr aushalten“ (Frau 7) „so geht es nicht“ (Frau 9) oder „ein sehr tiefer Punkt“ (Frau 10) „nur noch reagieren“ (Frau 15) „fast körperlich geworden“ (Frau 17), „jetzt muss ich“ (Frau 22) „Grenzenlosigkeit“ (Frau 19) „Unbeherrschtes“ (Frau 27) oder „nur noch im Bett liegen“ (Frau 28) bis zur Angst von Frau 20, dass sie sich „etwas antun könnte“. Diese Beschreibungen betonen den starken Leidensdruck, den die Patientinnen erlebten beim Prozess, ihr Leiden als Symptom einzuordnen.

Frau 4 nahm einen deutlichen Unterschied zu ihren gewohnten Gefühlen wahr:

„Also ich habe es gemerkt ... ich habe auch sonst Zeiten, in denen es mir nicht gut geht. Aber ich komme eher selber ... ich habe es schon am Anfang gesagt ... ich tue selten Hilfe beanspruchen ... auch bei meinen Freundinnen und Freunden nicht. Aber ich habe dort einfach gemerkt, ich kann mir ... ich komme aus dem nicht heraus, ich kann mir nicht selber helfen. Es ist wie ein tiefes Loch gewesen, wirklich!“

Frau 28 lag nur im Bett und heulte:

„Ich denke einfach, dieser Druck ist so gross gewesen, es ist alles so in Gefahr gewesen, dass alles zusammenstürzt, dass ich eigentlich nur noch im Bett liegen kann! Nur im Bett liegen und heulen, das ist wirklich so der letzte Zustand, an den ich mich erinnern kann.“

Kat 1 b: anders als früher

2 Probandinnen beschreiben den Unterschied zu ihren eigenen früheren Gefühlen. Frau 12 konnte sich „selber nicht mehr beruhigen“ und Frau 30 hatte das noch nie so „lange auch und so intensiv“ erlebt.

Frau 30 vergleicht mit früher:

„Also eben es ist irgendwie, dass ich das Gefühl hatte, ich kann den Tag durch nicht mehr so sein, wie ich vorher gewesen bin. Ich habe das nicht mit anderen verglichen, sondern mit meinen Erfahrungen von vorher und habe da irgendwie das Gefühl gehabt, nein, also so lange auch und so intensiv habe ich das noch nie erlebt. Das ist ein gewisser Level, mit dem ich auch nicht mehr umgehen konnte und das ich auch nicht mehr verstanden habe.“

Kat 1 c: andere haben es leichter

5 Interviewpartnerinnen merkten im Vergleich mit anderen, dass ihr Leidensdruck intensiver war. Frau 1 hat „niemand getroffen“, die „auch so vehement“ reagiert hatte, Frau 8 interpretierte ihren starken Stimmungswechsel, den andere nicht zeigten. Frau 13 verfiel in Panik,

„wo andere Spass hatten“, Frau 16 merkte, dass andere viel „leichter mit Kritik und Angriffen umgehen können“. Frau 26 wusste schon immer, dass sie sich „unterscheidet von anderen“.

Frau 8 nahm anhand des Unterschieds zu anderen ihr eigenes Leiden wahr:

„Also dass etwas speziell ist, das habe ich schon sehr früh gemerkt. Das habe ich, ich habe es nicht definieren können, was es ist. Aber, also mir kommt jetzt einfach in den Sinn das zehnte Schuljahr, dort habe ich so extreme Stimmungsschwankungen gehabt. Aber es ist noch nicht depressiv gewesen. Es ist mehr so, ganz extrem und schnell gewechselt, dass ich auch überhaupt keine Ahnung gehabt habe, was jetzt los ist und was das verursacht hat. Dort habe ich schon gemerkt, es ist irgendetwas. Aber es ist nicht negativ gewesen in dem Sinn. Ich habe nicht das Gefühl gehabt, es ist schlecht oder so. Ich habe einfach gemerkt, es ist anders als bei den anderen.“

Kat 1 d: Dauerhaftigkeit

2 Probandinnen beschrieben die Persistenz der Symptome. Frau 18 sagte „es ist nicht besser geworden“ und Frau 25 betonte die „Passivität auf lange Dauer“.

Frau 18 schilderte die durchgängige Beeinträchtigung durch ihre Symptome:

„Also das ist schon ziemlich deutlich gewesen. Also es ist immer wieder gekommen, es ist nicht besser geworden. Dazu ist dann natürlich auch diese Hoffnungslosigkeit gekommen. Das Gefühl, ich will nicht mehr so leben. Also das habe ich dann auch immer sehr stark gehabt. Und auch diese Ängste zum Beispiel. Also ich hatte immer Angst, dass der Zug entgleist und ich hab dann schon gemerkt, dass dies nicht mehr normal ist. Also jedes Mal wenn ich Zug fahre muss ich denken, der entgleist jetzt... oder also es ist schwierig für mich gewesen, das alles zu kontrollieren.“

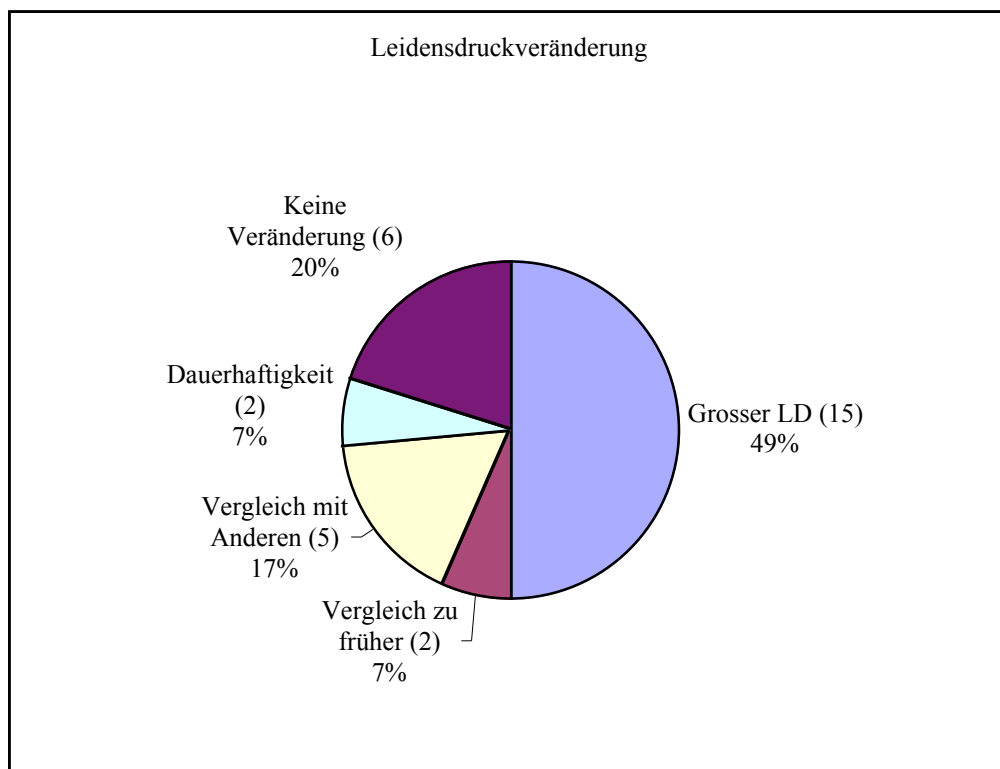
Kategorie 2: Keine Veränderung

Bei 6 Probandinnen spielte der Leidensdruck und seine allfällige Veränderung nicht die zentrale Rolle. Frau 2 empfand sich „nicht so leidend“, Frau 3 meint, andere hätten „einähnliches Leiden“, Frau 14 hatte sich selber eine Grenze gesetzt und Frau 23 empfand es als „normales menschliches Leiden“.

Frau 2 war „nicht so leidend“:

„Das ist noch eine schwierige Frage! Ich hab das gar nicht wirklich bewusst gemacht. Es ist schon lange in meinem Kopf gewesen, eine Therapie zu machen, da kann man Sachen anschauen, die nicht so rund laufen und wie sehr leidend, ob sehr oder nicht zu sehr...das weiss ich nicht...ich hab ja auch das Gefühl gehabt, ich sei nicht so leidend!“

Abb. 16: Diagramm: Leidensdruckveränderung (LD):



Die meisten, 24 Probandinnen, erlebten ihren Leidensdruck verändert. Die Unterkategorien zeigen, dass die Probandinnen anhand der Schwere des Leidensdrucks, oder im Vergleich zu früheren Zeiten oder mit anderen Menschen, oder an der Dauerhaftigkeit des Leidensdrucks ihre Symptome zu interpretieren versuchen.

5.2.3.2 Kritische Lebensereignisse und spezifische Lebensphasen

Anhand allfälliger kritischer Lebensereignisse und spezifischer Lebensphasen wurde die Rolle der Lebensumstände zum Zeitpunkt des Entschlusses zur Psychotherapie befragt. In den vorliegenden Antworten erstrecken sich die Themen von Operation, Hauskauf, Aufnahme oder Auflösung einer Liebesbeziehung, berufliche Veränderungswünsche, Kündigungen, psychische Erkrankung des Partners, Abschluss einer Ausbildung oder Ausziehen von zuhause bis zur Übernahme des Elternhauses als kritisches Lebensereignis. Ein Lebensereignis wird jedoch individuell als solches interpretiert, die Geburt eines Kindes beispielsweise wurde von Frau 6 nicht als kritisches Lebensereignis gesehen, auch Frau 19 erlebte den Berufswechsel nicht als kritisches Lebensereignis. Andererseits kann eine alltägliche Kränkung oder für andere nicht sichtbare Veränderungen als kritisches Lebensereignis wahrgenommen werden.

Folgende Fragen wurden gestellt:

1c. Gab es bestimmte „**kritische Lebensereignisse**“, das sind positive oder negative herausragende Vorkommnisse mit Folgen wie etwa Heirat, Geburt, Krankheit, Tod, Hauskauf, berufliche Veränderungen, die in Zusammenhang mit Ihren Symptomen standen?

2a. Denken Sie, dass dieses Leiden einer **lebensgeschichtlichen Phase** zugeordnet werden kann?

2b. Wissen Sie, so wie Kindheit, Pubertät, Adoleszenz, Erwachsenenalter, Schwangerschaft, Geburt, postpartale Zeit, Wechseljahre, Altersbeschwerden?

Kategorie 1: kritische Lebensereignisse und spezifische Lebensphase: 15

Kategorie 2: kritische Lebensereignisse ohne spezifische Lebensphase: 5

Kategorie 3: keine kritischen Lebensereignisse aber spezif. Lebensph: 2

Kategorie 4: weder kritische Lebensereignisse noch spezif. Lebensph: 8

Kategorie 1: 1,4,7,8,14,16,18,20,21,22,25,26,27,28,30

Kategorie 2: 2,9,12,13,15

Kategorie 3: 3,11

Kategorie 4: 5,6,10,17,19,23,24,29

Abb. 17: Tabelle: Kritische Lebensereignisse und spezifische Lebensphasen

	Krit. LE	keine krit. LE	
Spez. Lebensphasen	15	2	17
Keine spez. Lebensphasen	5	8	13
Total:	20	10	30

15 Interviewpartnerinnen berichteten sowohl von kritischen Lebensereignissen, wie auch von spezifischen Lebensphasen. 2 Personen fanden, sie seien in einer spezifischen Lebensphase, aber ohne kritischen Lebensereignisse gewesen.

5 Probandinnen gaben zwar ein kritisches Lebensereignis an, empfanden sich jedoch nicht in einer geschlechtsspezifischen Lebensphase.

8 Interviewpartnerinnen beschrieben weder ein kritisches Lebensereignis, noch eine geschlechtsspezifische Phase.

Kategorie 1: kritische Lebensereignisse und spezifische Lebensphase

15 Probandinnen ordneten sowohl kritische Lebensereignisse, als auch spezifische Lebensphasen als wichtige Faktoren ihrer seelischen Veränderung ein. Frau 1 und Frau 4 betrachteten ihre Unterleibsoperationen als kritisches Lebensereignis und als spezifische Lebensphase (Verlust oder Infragestellung der Fruchtbarkeit). Andere kritische Lebensereignisse sind Trennungen von Liebesbeziehungen (Frau 7) oder vom Bruder (Frau 21), der Zusammenbruch der Mutter (Frau 8) oder die psychische Erkrankung des Ehemannes (Frau 22), eine Schulversetzung (Frau 14), eine Kündigung (Frau 16), Schwangerschaft und Geburt (Frau 18), das Ausziehen von zuhause als junge Frau (Frau 25), die Aufgabe der Wohnung und Arbeitsstelle (Frau 26). Als lebensgeschichtliche Phasen wurden verschiedene Altersphasen, häufig die Pubertät, angegeben.

Frau 20 erlebte die Scheidung als kritisches Lebensereignis:

„Ja sicher. Also ich habe mich am Anfang auch nicht gut gefühlt. Ich habe viel geweint zuhause und habe gedacht, hat jetzt das sein müssen? Aber ich weiss, dass es gut gewesen ist. Mir ist es nachher wirklich besser gegangen. Ich habe keine Migräne mehr gehabt und so, das ist sicher richtig gewesen. Ich habe mich einfach noch lange genervt wegen dem Finanziellen. Aber das ist jetzt halt so.“

Die lebensgeschichtliche Phase war der Beginn ihrer Störung:

„Ja. Ich weiss, dass ich in der Pubertät auch schon Depressionen gehabt habe. Aber das ist glaub ich normal, in diesem Alter, dass man ... ja, vielleicht mal Selbstmordgedanken hat.“

Für Frau 28 war das Ausziehen von Zuhause und die Liebesbeziehung sowohl kritisches Ereignis als auch eine spezifische Lebensphase:

„Ja. Ich habe neu in diesem Beruf angefangen und habe dort sehr eine grosse Belastung gehabt, weil ich eine ganz schwierige Gruppe gehabt habe. Ich bin dann auch (...) nicht unterstützt worden, also ich bin sehr allein auf mich gestellt gewesen dort. Und es sind viele Veränderungen gewesen, eben so angefangen zu schaffen. Dann auch von zuhause ausgezogen, es sind wirklich sehr viele Veränderungen gewesen. Ich habe dann auch meinen Freund kennen gelernt und bin in diese Beziehung gerutscht und habe irgendwie wie auch gemerkt, da kann ich loslassen. Irgendwie ist diese Nähe notwendig gewesen, dass ich so wie konnte diesen Leidensdruck, dass der so wie hervorgekommen ist, habe ich das Gefühl. Ja. Ich glaube fest, dass es dort ausgebrochen ist, weil ich von nirgends her gestützt wurde, also so das Ausziehen von zuhause ist so unmöglich gewesen, und ich habe es trotzdem gemacht, es ist so wie ein Liebesentzug, dass ich das gemacht habe. Ich glaube das ist schon sehr wichtig, wieso dass es mir dort auch so schlecht gegangen ist. Also diese Schuldgefühle, die ...ja.“

Kategorie 2: kritische Lebensereignisse ohne spezifische Lebensphase

5 Probandinnen gaben zwar ein kritisches Lebensereignis an wie ein drängender Berufswunsch (Frau 9), oder den beruflichen Start (Frau 12) oder ebenfalls das bereits genannte

Ausziehen von zuhause als junge Frau (Frau 13). Eine lebensgeschichtliche Phase wurde nicht genannt oder verneint.

Frau 2 nannte keine spezifische Lebensphase, empfand jedoch den Hauskauf als kritisches Lebensereignis:

„Ja der Hauskauf hat mich also in verschiedenen Beziehungen fast an den Rand gebracht!

Einmal physisch, weil wir ja fast alles selber umgebaut haben. Das ist also...ja...sehr erschöpfend gewesen. Und dann ist es auch psychisch ein grösserer Stress geworden, weil es ist eine neue Partei dazugekommen, mein Bruder. Vorher haben wir ja nur mit dem einen Paar zusammengelebt und dann ist noch eben mein Bruder mit seiner damaligen Freundin dazugekommen. Also unsere alte eingeschliffene WG ist aufgeweicht worden. Es ist auch diese Vorbehalte der einen gegenüber, wo man dann miteinander tratscht und dann wer arbeitet mehr und wer weniger und wie gelten wir das ab und ist das fair oder nicht und mein Lebenspartner hat so viel gearbeitet auf dem Bau und darum nicht mehr viel Zeit für den Haushalt gehabt und ich habe ja dann auch schon 65% gearbeitet und habe es auch nicht mehr so locker gehabt und das sind sehr vielfältige Anspannungen gewesen. Und dies hat sich dann wirklich so in der Beziehung niedergeschlagen und dann einfach auch ganz pragmatisch, in diesem Winter, als wir gebaut haben, da haben wir ein halbes Jahr nur Dreck und Staub in der Wohnung gehabt und das habe ich einfach nicht mehr ertragen, ich konnte nicht mehr cool sein!“

Frau 15 nannte ebenfalls keine spezifische Lebensphase und bezeichnete den Beginn der Liebesbeziehung als kritisches Lebensereignis:

„Die Aufnahme dieser Liebesbeziehung.“

Kategorie 3: keine kritischen Lebensereignisse aber spezifische Lebensphasen

Frau 3 und Frau 11 nannten kein kritisches Lebensereignis, bezeichneten jedoch die Adoleszenz als auslösende lebensgeschichtliche Phase. Frau 3 nannte kein kritisches Lebensereignis, betrachtete hingegen die Adoleszenz als spezifische Lebensphase:

„Also irgendwie sehe ich es schon so, das ist da nicht ein Wendepunkt für mich gewesen, sondern eben einfach eine sehr haltlose Zeit, wo ich völlig den Boden unter den Füßen verloren habe, völlig und vielleicht auch durch das dann erhofft habe, den Boden wieder ein wenig zu bekommen. Und im weitesten Sinn, ich meine, so ein Studium ist natürlich so die Phase der Lehr- und Wanderjahre und es ist natürlich schon so ein wenig, wie soll ich sagen, der Übergang von ... zur Selbständigkeit, und es ist nicht, dass ich in dem, also nicht Anfang oder Ende dieser Phase das entschlossen habe, sondern mittendrin.“

Kategorie 4: weder kritische Lebensereignisse noch spezifische Lebensphasen

8 Probandinnen fanden weder ein kritisches Lebensereignis, noch eine lebensgeschichtliche Phase als auslösende Faktoren. Frau 6 und Frau 24 sahen die Geburt ihrer Kinder nicht als kritische Lebensereignisse an, Frau 10 führte zwar die Trennung zu ihrem Vater an, stufte diese jedoch nicht als kritisches Lebensereignis ein. Frau 5 hatte gerade kein kritisches Lebensereignis erfahren, sondern hatte eine „gute“ Lebenssituation:

„Nein. Ich bin damals zum ersten Mal in meinem Leben in einer stabilen Situation gewesen. Ich habe zum ersten Mal normal gelebt, mit schaffen, Freundeskreis, so wie alle anderen habe ich gelebt. Ja - grad umgekehrt. Ich habe den Boden gehabt, die Ressourcen gehabt damals.“

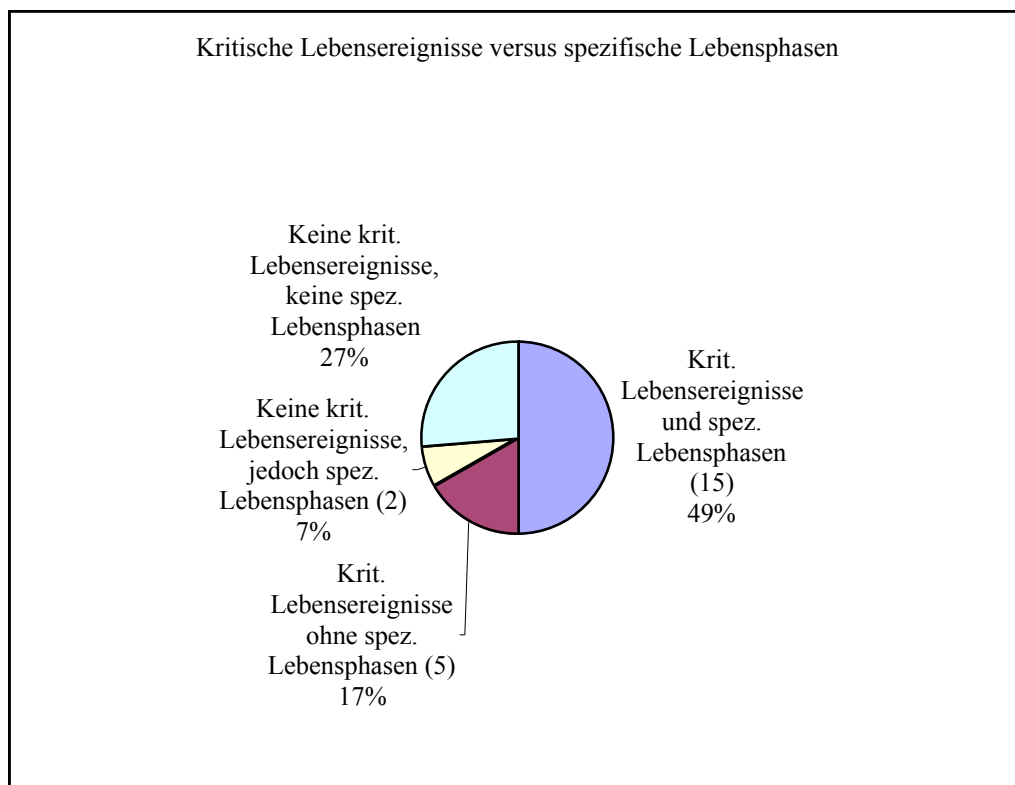
Allerdings fügte sie nach der Verneinung von spezifischen Lebensphasen an:

„Also was gewesen ist ... ich war zwei Jahre vorher, also bevor ich hier zur Frau X gekommen bin, sehr krank, ich bin fast gestorben. Und das hat mich bewogen, ein ganz normales Leben aufzunehmen.“

Frau 29 bezeichnete die Belastungssituation nicht als kritisches Lebensereignis und auch nicht als spezifische Lebensphase:

„Tja...also ich denke schon, dass die ganze Belastungssituation von wegen Haus und Geschäft und alles, das auf mich läuft und alles wo ich muss verantworten auch, dass das einen gewissen Einfluss gehabt haben könnte. Einfach weil es ein wenig eine Drucksituation gewesen ist. Aber sonst eigentlich weniger. Ich glaube es hat weniger mit äusseren Sachen zu tun gehabt hat.“

Abb. 18: Diagramm: Kritische Lebensereignisse und spezifische Lebensphasen



Die Hälfte der Probandinnen führten sowohl kritische Lebensereignisse als auch spezifische Lebensphasen an.

Die beiden Gruppen mit den häufigsten Kombinationen sind entweder beide items zusammen, 15 Probandinnen berichteten von kritischen Lebensereignissen und spezifischen Lebensphasen. Die zweite Gruppe mit 8 Antworten hatte weder kritische Lebensereignisse, noch spezifische Lebensphasen erfahren.

5.2.3.3 Begleitende Gefühle bei der Interpretation zu Symptomen

Wie fühlten sich die Probandinnen während des Prozesses des Erkennens, professionelle Hilfe zu benötigen? Folgende Fragen wurden gestellt:

3a. Als Sie feststellten, dass Sie externe Hilfe brauchen, was hat dies für Gedanken und Gefühle bei Ihnen ausgelöst?

3b. Hat es Ihnen Angst gemacht? Sind Sie wütend geworden? Hat es Sie traurig gemacht? Oder haben Sie sich noch mehr Mühe gegeben, sich zusammenzureissen? Oder sind Sie erleichtert gewesen, dass nun etwas in Gang kommen kann? Oder etwas ganz anderes, das jetzt in dieser Aufzählung nicht vorgekommen ist?

Es ergeben sich drei Kategorien aus den Gefühlen der Interviewpartnerinnen:

Kategorie 1: Hoffnung, Erleichterung, Scham	12
Kategorie 2: Unsicherheit, Angst, Respekt	9
Kategorie 3: Entschlossenheit, Erwartung	9

Kategorie 1: 1, 6, 9, 14, 16,17, 19, 20, 21, 23, 25, 30

Kategorie 2: 2, 4, 7, 10, 11, 18, 26, 28, 29

Kategorie 3: 3, 5, 8, 12, 13, 15, 22, 24, 27

Kategorie 1: Hoffnung, Erleichterung, Scham

12 Probandinnen beschrieben Gefühle wie Hoffnung, Erleichterung und Scham. Frau 1 hatte „alle meine Hoffnungen in Frau X gesetzt“. Frau 6 war erleichtert, denn „es geht jetzt mal was“. Frau 21 hat sich „einfach geschämt, das jemandem zu erzählen“.

Häufig fühlten sich die Probandinnen einerseits erleichtert, andererseits voller Angst, beispielsweise „abgewiesen zu werden“ (Frau 14).

Auch Frau 9 betonte die beiden Gefühle:

„Es ist gemischt gewesen. Es ist Angst gewesen, bevor ich angeläutet habe und es ist ein Riesenstein mir vom Herzen gefallen, wo ich dann abgehängt habe. Weil ich es geschafft habe, anzuäuten und es geht etwas jetzt. Aber die Angst ist uhgross gewesen. Ja, was sagt die Person am andern Ende?“

Frau 19 führte neben der Erleichterung auch die Scham an:

„Also sicher zwei Sachen, einerseits Erleichterung und Entlastung und andererseits das Schamgefühl, wo am Anfang auch viel immer wieder da gewesen ist so. Eben das Schamgefühl, Hilfe beanspruchen zu müssen. Also schon das Gefühl, ich hätte es nicht allein geschafft, ich hätte es allein schaffen sollen und ich hätte es nicht allein geschafft.“

Kategorie 2: Unsicherheit, Angst, Respekt

9 Probandinnen beschrieben Unsicherheit, Frau 4 meinte, es sei „wie sich an einen Strohhalm zu klammern“, gleichzeitig wusste sie nicht, ob sie die Hilfe dann wirklich annehmen könnte. Frau 10 fasste zusammen „Angst und Respekt“ waren ihre Gefühle. Frau 18 hatte Angst, dass die Person der Therapeutin nicht passen würde für sie. Frau 28 fühlte sich ausgeschlossen und allein und hatte grosse Angst. Frau 29 hatte vor allem Angst, sich jemandem anzuvertrauen „den man gar nicht kennt“.

Frau 2 fragte sich, ob ihre Probleme gross genug seien:

„Ja ich war so ein wenig verunsichert, ob ich das, ob man da, ja ob ich das überhaupt darf und kann beanspruchen, ob ich wichtige Probleme genug habe für das“.

Frau 11 fühlte sich unsicher:

„Ja. Schon eine Unsicherheit, auf was ich mich da einlasse. Das ist für mich ein neues Gebiet gewesen. Unheimlich auf eine Art ja ... öh von zuhause her habe ich ein negatives Bild mitbekommen ... ja so Psychologen und Psychiater haben ... ja, das hat einen negativen Touch gehabt bei mir. Und doch habe ich vom Studium her gewusst, das ist etwas ... das ist eine Fachperson und die kann mir helfen. Und diese zwei Pole dann vereinigen zu können ... das hat Überwindung gebraucht. Ja, es ist schon für mich ein Zugriff in eine Sphäre ... wo ich Angst gehabt habe, dass das jemand manipulieren könnte, also sprich Therapeut. Und ob jetzt bewusst oder unbewusst, dass ich dann abhängig davon werde und das kommt gelegentlich immer noch rauf.“

Kategorie 3: Entschlossenheit, Erwartung

9 Probandinnen stellten ihre Entschlossenheit und ihre Erwartung ins Zentrum. Sie wussten, was sie wollten und was sie brauchten (Frau 3). Frau 8 fand es leichter, weil ihre Mutter Psychotherapie gemacht hatte. Frau 15 hatte es geholfen, bereits Therapieerfahrung zu haben.

Frau 13 erwartete viel:

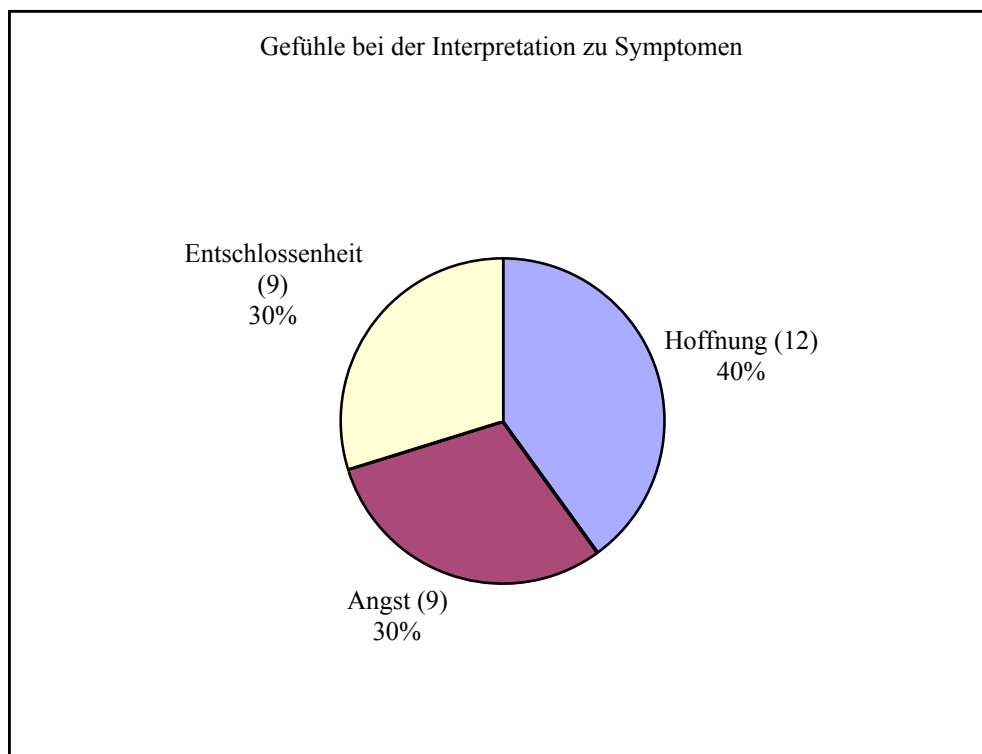
„Da war ich sehr erwartungsvoll. Ich hab so gedacht, jetzt mach ich's und jetzt wird alles besser. Jetzt ändert sich alles schlagartig. Das ist es jetzt, jetzt hab ich den Schritt gewagt und jetzt muss es auch irgendwie Erfolg bringen.“

Frau 22 beschäftigte sich schon lange mit der allfälligen Psychotherapieaufnahme:

„Also ich weiss es nicht mehr. Aber ich bin überzeugt, eigentlich keine Gefühle, sondern ich habe einfach das Gefühl gehabt: so jetzt muss ich. Also eine Freundin hat mir schon vor zehn Jahren gesagt, ich soll jetzt einmal eine Therapie machen,

also das ist nicht so etwas Neues gewesen in meinem Leben, also mit dem Thema habe ich mich schon länger beschäftigt.“

Abb. 19: Diagramm: Gefühle bei der Interpretation zu Symptomen:



Die Probandinnen reagierten auf ihre Erkenntnis, externe Hilfe beanspruchen zu müssen, entweder mit Hoffnung, Erleichterung und Scham, oder mit Angst, Unsicherheit und Respekt vor dem Unbekannten oder mit einer selbstbewussten Haltung von Entschlossenheit und Erwartung.

5.2.3.4 Gründe für die Aufnahme einer Therapie: 2. Einsicht der Behandlungsbedürftigkeit

Der zweite Schritt des Inanspruchnahmeprozesses besteht in der Interpretation des subjektiven Leidens zu Symptomen, die diagnostizierbar sind und eine mögliche Behandlung nach sich ziehen können. Eine wichtige Rolle spielen dabei der Leidensdruck, der von 10 Probandinnen bereits in der offenen Eingangsfrage erwähnt wurde und allfällige kritische Lebensereignisse oder spezifische Lebensphasen, die von Gefühlen der Angst, der Hoffnung und der Entschlossenheit begleitet werden.

Veränderung des Leidensdrucks

Nach Mechanic (1976) und Veith (1997) sind die Häufigkeit und die Persistenz der psychischen Symptome, sowie der Grad, mit dem die Symptome den Alltag stören oder die allgemeine Gesundheit angreifen, die mächtigsten Determinanten zum Hilfesuchverhalten. Entsprechend haben 24 Probandinnen eine deutliche Veränderung des Leidensdrucks beschrieben. Der Leidensdruck wurde als sehr intensiv und verändert im Vergleich zu früher oder zu anderen Menschen erfahren.

Eine Veränderung des Leidensdrucks ist jedoch nicht zwingend, 6 Probandinnen gaben bei dieser Frage an, keinen Leidensdruck zu spüren. Frau 2 hatte schon lange im Kopf „eine Therapie zu machen, da kann man Sachen anschauen, die nicht so rund laufen“. Oder Frau 3 wollte „das jetzt anpacken“, empfand sich jedoch nicht sehr als leidend.

Kritische Lebensereignisse und spezifische Lebensphasen

Kritische Lebensereignisse finden sich gehäuft bei Menschen mit psychischen Störungen (Schepank 1990) und solchen, die Psychotherapie in Anspruch nehmen (Phillips und Murrell 1994). Sie können die Bedeutung eines Kränkungs-schutzes haben und würden idealerweise von geschulten Hausärzten angesprochen (Franz 1994). Bei der vorliegenden Stichprobe beschrieben 20 Probandinnen kritische Lebensereignisse.

Geschlechtsspezifische Lebensphasen bei Frauen (Pubertät, Adoleszenz, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Peri- und Postmenopause, Alter) erfordern eine häufige Interpretation der körperlichen Signale (Bitzer 2001, Schweizerischer Frauengesundheitsbericht 1999), und erleichtern es den Frauen, Missempfindungen in Kategorien von Krankheit und Symptomen auszudrücken (Furnham et al. 1997). 17 Probandinnen nannten lebensgeschichtliche Phasen, die beim Zeitpunkt der Interpretation eine Rolle spielten. 15 Probandinnen beschrieben sowohl kritische Lebensereignisse als auch geschlechtsspezifische Lebensphasen, 8 Probandinnen berichteten weder von kritischen Lebensereignissen, noch von spezifischen Lebensphasen. In der Tendenz beeindrucken die Antworten durch wenig spontane Erinnerung, eher wurden die Fragen emotionslos und pflichtbewusst beantwortet.

Begleitende Gefühle Angst, Entschlossenheit und Hoffnung

Die Interpretation der seelischen Probleme in Symptome wurden von den Gefühlen Hoffnung (12 Probandinnen), Angst (9 Probandinnen) und Entschlossenheit (9 Probandinnen) begleitet. Dabei ist zentral, dass neben der gut nachvollziehbaren Angst die Gefühle Hoffnung und Entschlossenheit wieder auf eine starke Auseinandersetzung der Probandinnengruppe mit der eigenen Bedürftigkeit verweisen.

Dies geht einher mit den Resultaten zweier Forscher: Nach Nübling (1992) ist das Ausmass der Angst vor Stigmatisierung, sowie die Hoffnung auf Besserung bedeutsam bei der Entscheidung, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben. Nach Veith (1997) ist die Variable Zuversicht (dass eine Psychotherapie wirksam die Symptome bewältigen kann) besonders wichtig für die Therapiemotivation.

Der zweite Schritt im Ablauf des Inanspruchnahmmodells ist anstrengend, denn er zeichnet sich aus durch die emotional wenig spürbaren Begleitumstände von kritischen Lebensereignissen oder lebensgeschichtlich spezifischen Phasen, jedoch durch eine intensive Auseinandersetzung mit einer weiten Palette von intensiven und gegensätzlichen Gefühlen zwischen Angst, Hoffnung und Entschlossenheit. Die Interpretation der seelischen Beschwerden zu Symptomen, die in der Folge psychotherapeutisch bearbeitbar sind, fordert kognitive und

seelische Leistungen der Probandin und trägt entscheidend zu einem positiven Ausgang des Inanspruchnahme-Prozesses bei. Bereits Kadushin (1969) meinte: „The very process of deciding to go to a psychiatrist or psychotherapist is „therapeutic“ and much that must ultimately change as a result of therapy begins to change during the decision to seek help“ (S. 15).

Nicht erwähnt, weil im Interview bereits erfragt, ist die grosse Bedeutung der Vertrauten bei diesem Phasenabschnitt. Die Antworten im vorangegangenen Kapitel zeigen, dass die Vertrauten hier nicht nur eine entlastende, sondern eine unterstützende Funktion haben und der Patientin wesentlich dabei helfen, ihren Leidensdruck zu mildern.

5.2.4 Kontaktaufnahme

Im folgenden werden die konkreten Fragen nach dem Auffinden unserer Praxisadresse (Kap. 5.2.4.1), nach den Gefühlen bei der ersten Kontaktaufnahme am Telefon (Kap. 5.2.4.2) und nach den Gefühlen zwischen dem ersten Telefon und dem Erstgespräch (Kap. 5.2.4.3), sowie die Gefühle unmittelbar nach der ersten Begegnung (Kap. 5.2.4.4), wie auch die Erwartung und das Wissen bezüglich dem Erstgespräch (Kap. 5.2.4.5) und das Selbstgefühl bei der telefonischen Kontaktaufnahme (Kap. 5.2.4.6) gefragt.

5.2.4.1 Auffinden unserer Adresse

Wie waren die Probandinnen zu uns gekommen? Hatte sie jemand auf uns hingewiesen? Sahen sie uns im Telefonbuch unter dem Eintrag der Frauenstelle? Folgende Fragen wurden gestellt:

1a. **Wie** sind Sie seinerzeit auf uns gekommen?

1b. War das übers Telefonbuch, Empfehlung, Überweisung, Therapievermittlungsstelle PVR, Qualifikation der Therapeutinnen, Krankenkassenfragen, z. B. HMO-Praxis, Adresse, Standort der Praxis oder anderes?

Kategorie 1: Frauenstelle Telefonbuch	19
Kategorie 2: Empfehlung, Therapievermittlungsstelle	11

Kategorie 1:	1,2,3,5,7,8,9,10,13,14,15,16,17,18,24,25,28,29,30
Kategorie 2:	4,6,11,12,19,20,21,22,23,26,27

Kategorie 1: Frauenstelle Telefonbuch

19 Interviewpartnerinnen kamen über die Frauenstelle zu uns. Sie fanden den Eintrag im Telefonbuch und fühlten sich angesprochen. Frau 15, Frau 16 und Frau 18 hatten zwar eine persönliche Empfehlung für die Frauenstelle erhalten, fühlten sich jedoch ebenfalls durch das Frauenspezifische angesprochen und erscheinen deshalb in dieser Kategorie und nicht unter der Kategorie 2.

Frau 7 suchte eine Frau als Therapeutin:

„Ich habe einfach das Telefonbuch aufgeschlagen und dann habe ich gefunden ich muss sowieso zu einer Frau, das ist mal klar und dann nachher hab ich ja diese Adresse gesehen und hierhin angeläutet und dann ist Frau X am Telefon gewesen und dann haben wir einen Termin abgemacht.“

Frau 29 fand, Frauenstelle töne modern:

„Ja. Frauenstelle war mir noch symphatisch einfach. Es hat so emanzipiert und modern getönt und so. Einfach nicht so traditionell oder, so wie ich das im Kopf gehabt habe, wie das dann vor sich geht. (...) Und da hat mich gedünkt, das töne jetzt nicht so nach Archetypen diese Frauenstelle oder. Das tönt ein bisschen nüchtern und modern. Ja.“

Kategorie 2: Empfehlung, Therapievermittlungsstelle

7 Interviewpartnerinnen (Frau 4, Frau 6, Frau 11, Frau 19, Frau 22, Frau 23, Frau 27) kamen aufgrund einer persönlichen Empfehlung zu uns und 4 Probandinnen (Frau 12, Frau 20, Frau 21, Frau 26) sind über die Therapievermittlungsstelle¹⁷¹ an uns gelangt.

Frau 6 hatte von ihrer Schwester eine Empfehlung:

„Mit der Therapeutin der Kollegin, ist noch eine bekannte Therapeutin hier in Winterthur. Also das ist eine Kollegin von meiner Schwes gewesen, ich habe die gar nicht gut gekannt. Aber meine Schwes hat gesagt, red doch mal mit der, die weiss vielleicht jemand. Weil das find ich schon noch schwierig, dass man jemand findet, der einem passt und ich denke, das ist auch ein Glücksfall, jemanden zu finden, wo es gut läuft. Es ist irgendwie sehr locker gelaufen bei mir muss ich sagen. Ich habe diese Therapeutin angerufen, die hat mir die Nummer von hier gegeben und dann bin ich hierhergekommen und es ist gut gewesen.“

Wie Frau 8 hat Frau 21 auf die Stimme geachtet und eine Auslese per Telefonbeantworter gemacht:

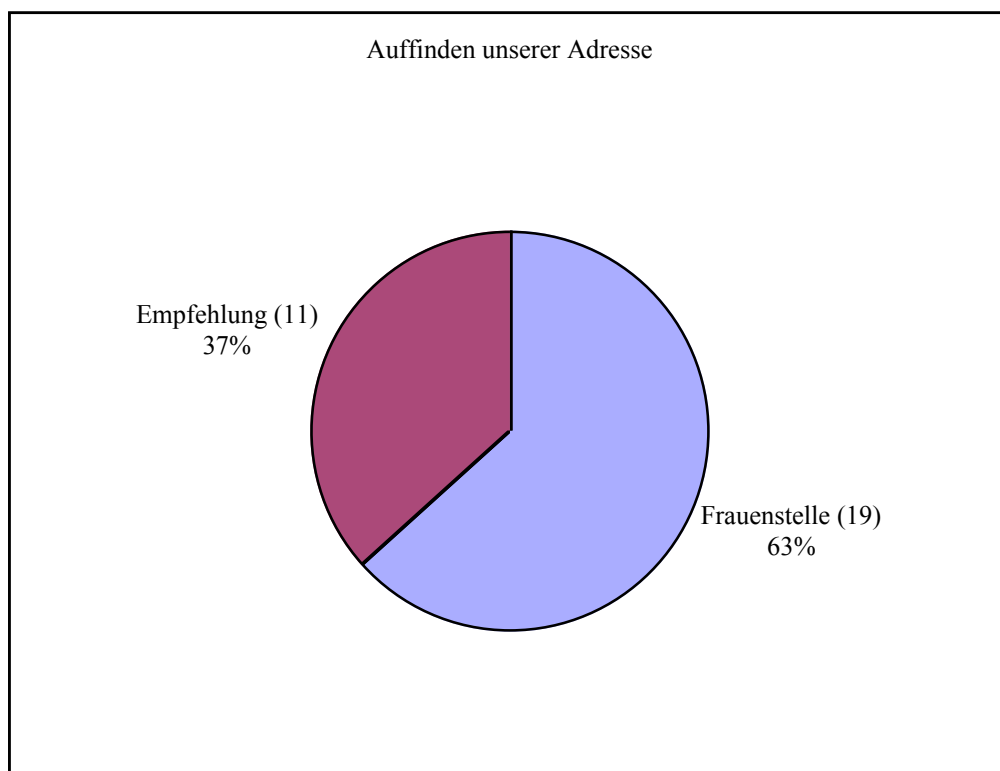
„Ich habe der Vermittlungsstelle angeläutet. Also der Hausarzt hat mir jemanden vermittelt gehabt und diese Frau hat mir dann gesagt, sie habe in den nächsten zwei Monaten nicht so viel Zeit, es habe auch einen familiären Fall gegeben in ihrer Familie und darum habe sie nicht so viel Zeit. Und dann habe ich dieser Vermittlungsstelle angeläutet und die hat mir ein paar Namen angegeben und dann

¹⁷¹ Die Therapievermittlungsstelle ist ein Angebot des Vereins der psychologischen Psychotherapeuten der Region Winterthur (PsychotherapeutInnen-Verein Region Winterthur (PVR)). Die Sekretärin des PVR informiert Anrufende über freie Therapieplätze in der Region. Dazu verfasst der PVR eine Broschüre (Frau 27 erzählt davon), in der alle praktizierenden psychologischen Psychotherapeuten des Vereins mit Foto und Spezialisierungen vorgestellt werden. Dieses Verzeichnis wird alle paar Jahre neu gedruckt und an alle Hausärzte und interessierte Institutionen verschickt.

sind meistens Telefonbeantworter gekommen und ja, einfach die Stimme von Ihnen ist mir am sympathischsten gewesen und dann habe ich gedacht, ja. Das ist eigentlich der Grund gewesen, weil ich habe gedacht, ich muss schon Vertrauen finden können zu dieser Person. Die muss mir sympathisch sein, sonst bringt es nichts.

Ja. Also ich habe das nicht geplant gehabt. Ich habe eigentlich zuerst mit jedem reden wollen, aber dann sind alle Telefonbeantworter gekommen und dann habe ich gedacht, ja gut, machen wir es so.“

Abb. 20: Diagramm: Auffinden unserer Adresse



Unabhängig davon, ob die Probandinnen über eine Empfehlung oder den Eintrag im Telefonbuch zu uns gekommen waren, berichteten und erinnerten sich alle Probandinnen präzise an die Umstände, die zu unserer Adresse führten.

5.2.4.2 Gefühle bei der ersten telefonischen Kontaktaufnahme

Die erste aktive Handlung, um den ersten Kontakt und damit vielleicht eine spätere verbindliche therapeutische Beziehung herzustellen, hat eine besondere Bedeutung im Prozess der Inanspruchnahme.

Folgende Fragen wurden gestellt:

2a. Als Sie damals den Kontakt mit uns hergestellt haben, wie war das?

2b. War das leicht oder war das mühsam, haben Sie uns vielleicht grad nicht erreicht und den Telefonbeantworter gehört und dann aufgegeben und woanders versucht?

Kategorie 1: Betonung der Schwierigkeit	15
Kategorie 2: Betonung der Bewältigungsstrategien	14
Kategorie 3: Nicht erinnert	1

Kategorie 1: 4,7,8,9,10,11,12,13,14,16,18,20,23,24,28,

Kategorie 2: 1,2,3,6,15,17,19,21,22,25,26,27,29,30

Kategorie 3: 5

15 Probandinnen betonten die Schwierigkeit des ersten Telefons. 14 Probandinnen erklärten, mit welchen Strategien sie das erste Telefon einfacher gestalteten.

Kategorie 1: Betonung der Schwierigkeit

15 Probandinnen schätzten das erste Telefon als schwierig ein. Sie führen eine ganze Palette von unangenehmen Gefühlen an. Sie berichteten von ihrer Angst (Frau 7), der Mühsal, in verschiedenen Telefongesprächen immer wieder das gleiche sagen zu müssen (Frau 8), oder von einer Hemmschwelle (Frau 11). Frau 10 bemängelt die kalte Stimme, Frau 12 redete lieber auf den Beantworter, weil es so „nicht grad ernst gegolten hat“. Frau 13 hatte Angst, grad weinen zu müssen, Frau 16 und Frau 20 sprechen vom Mut, den sie gebraucht haben, ebenso schilderte Frau 23, dass sie es weniger beschämend erlebte, weil sie sich auf die Lehranalyse berufen konnte. Frau 24 fand es peinlich, weil in diesem Moment klar wurde, dass sie Hilfe brauchte.

Frau 4 spricht das Akzeptieren der Hilfsbedürftigkeit an:

„Eher schwer. Weil es mir schwerfällt eben, Hilfe in Anspruch zu nehmen und das ist irgendwo ein Eingeständnis, dass man es selber nicht schafft, für mich.“

Frau 18 kann sich gut an den Moment des ersten Telefons erinnern, der bereits mit vielen Phantasien gefüllt war:

„Ja, das mag ich mich noch gut erinnern, also ich habe recht lange gebraucht, bis ich wirklich dann telefonieren konnte. Also ich habe Herzklopfen bekommen und ...ja, und was auch noch dazugekommen ist, was bei mir noch dazugekommen ist, dass ich immer das Gefühl gehabt habe, dass das was ich habe ja nichts Schlimmes ist, und wenn ich jetzt eine Therapie brauche, dann nehme ich jemandem den Platz weg und dann lachen die nachher über mich und finden, was macht denn die da und so...also dieses Gefühl ist sehr stark gewesen!

Ich glaube schon, dass es darum geht, dass es dann so ist, dass man sich eingestehen muss, man kommt jetzt nicht mehr alleine zurecht. Ich komme jetzt nach ausen damit. Und zwar muss man das nicht einer Freundin sagen, sondern einer Dritten, die ich nicht kenne, einer Fremden, und am Telefon sowieso. Und dann habe ich Angst gehabt, dass ich weinen müsste, weil ich bin immer so nahe dran gewesen, und das hätte mich dann geniert. Und am Telefon sowieso.“

Kategorie 2: Betonung der Bewältigungsstrategien

14 Probandinnen empfanden das erste Telefon als nicht schwierig. Sie beantworteten die Frage mit den verschiedenen Strategien, sich das erste Telefon zu erleichtern. Sie erklärten es mit ihrer Berufserfahrung viel zu telefonieren (Frau 1), oder mit ihrem klaren Wunsch und ihrer Entschlossenheit (Frau 3, Frau 6 und Frau 19). Frau 26 und Frau 27 haben auf die Stimme geachtet und Frau 30 half die Gewissheit, dass sie absagen konnte, also selber entscheiden konnte.

Frau 21 spürte die Erleichterung und hat sich überlegt, was sie sagen muss:

„Ich habe eigentlich keine Probleme gehabt damit. Ich bin irgendwie fast erleichtert gewesen. Und ich habe mich eigentlich ... freuen ist übertrieben, aber froh gewesen, dass ich kommen konnte.

Also es ist schon ein wenig komisch gewesen. Aber schwierig ist es eigentlich nicht gewesen, weil ich habe mir auch gut überlegt, was ich sagen muss ja.“

Frau 22 telefoniert, wenn sie Hilfe braucht:

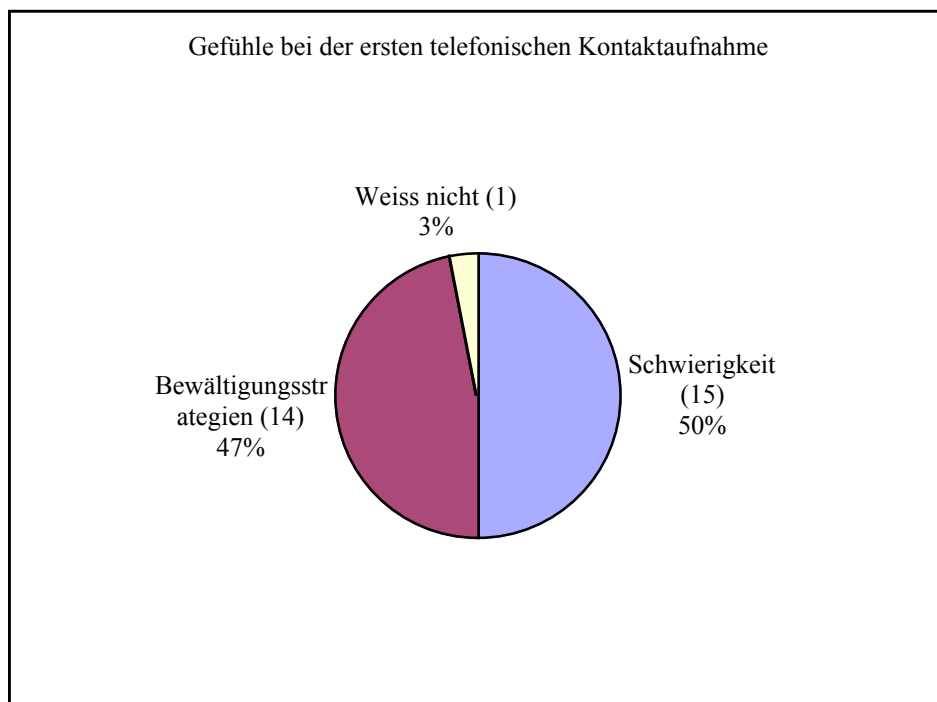
„Nein - das ist auch so, wenn ich Hilfe brauche, dann läute ich an, also dann überlege ich nicht noch zehnmal. Ich habe das Telefon genommen und angeläutet und habe gesagt ... ich bin ja dort so in einem Zeugs gewesen, also ja.“

Kategorie 3: Nicht erinnert

Frau 5 wusste es nicht mehr:

„Das weiss ich nicht mehr, ich weiss noch den Ort, wo es gewesen ist.“

Abb. 21: Diagramm: Gefühle bei der ersten telefonischen Kontaktaufnahme



Die erste Kontaktaufnahme ist bedeutend für den weiteren Verlauf der Psychotherapieanspruchnahme. Die meisten Probandinnen erinnerten sich lebendig und ohne Schwierigkeiten an diesen Moment. Während die Probandinnen unter Kategorie 1 eher die Schwierigkeiten der anspruchsvollen Situation ansprachen, legten die Probandinnen der Kategorie 2 ihre Bewältigungsstrategien fest.

5.2.4.3 Gefühle nach dem telefonischen Erstkontakt und vor dem Erstgespräch

Der Zwischenraum zwischen dem ersten telefonischen Kontakt, der bereits ein erster Schritt in die therapeutische Beziehung ist, wird von Gefühlen und Phantasien ausgefüllt. Folgende Fragen wurden gestellt:

3a. Wie fühlten Sie sich im **Vorfeld** bis zur Erstbegegnung mit Ihrer Therapeutin?

3b. Würden Sie sagen, dass Sie eher skeptisch, misstrauisch und ängstlich oder eher vertrauensvoll, erwartungsvoll und hoffnungsvoll waren?

Haben Sie bestimmte Ängste oder Wünsche an die Psychotherapeutin gehabt?

Kategorie 1: Ängste	17
Kategorie 2: Erleichterung	9
Kategorie 3: Weiss nicht mehr	4

Kategorie 1: 1,4,6,7,9,12,15,16,17,19,20,23,24,26,27,28,29

Kategorie 2: 2,3,8,13,14,21,22,25,30

Kategorie 3: 5,10,11,18

Die meisten Antworten bewegen sich zwischen Angst und Erleichterung. Daher wurde nach der Hauptaussage entweder die Kategorie Angst oder die Kategorie Erleichterung ins Zentrum gestellt.

Kategorie 1: Ängste

Oft richtete sich die Angst auf eine fast persönliche gefürchtete Abweisung (Frau 1, Frau 7, Frau 12, Frau 24, Frau 29) der Therapeutin. Frau 15 thematisierte dies mit ihrem Wunsch nach gleichberechtigten Partnern in der Therapie. Andere Ängste bezogen sich auf den Inhalt der Sitzung, kann die Probandin das, was sie fühlt, formulieren und wird sie von der Therapeutin verstanden?

Frau 4 schwankte zwischen Zuversicht und Angst:

„Also irgendwo auch ein ängstliches Gefühl, was mich hier erwartet. Aber also auch ein wenig Zuversicht, aha jetzt ja es kann ja auch nur besser sein. Ich bin irgendwie alles gewesen: ängstlich und misstrauisch, aber auch vertrauensvoll und

hoffnungsvoll und vor allem habe ich die Erwartung gehabt, dass dieser Leidensdruck nicht mehr da ist.“

Auch Frau 28 fühlte Angst und Erleichterung:

„Sehr komisch, also ... ja ich habe einfach auch nicht gewusst, was da auf mich zukommt. Ich habe meine Probleme auch gar nicht orten können, sind das schlimme Probleme oder sind das einfach so normale Probleme? Ganz komisch ja. (...) Ja ich glaube so beim ersten Mal bin ich natürlich schon neugierig und auch misstrauisch gewesen, was das dann ist. Auch eine grosse Angst, zu erzählen überhaupt, von meinen Problemen zu erzählen. Das ist schon eine riesige Angst gewesen, aber auch eine grosse Erleichterung, das einmal erzählen zu können.“

Kategorie 2: Erleichterung

9 Probandinnen betonten eher die Erleichterung nach dem ersten Telefongespräch. Schnell einen Termin zu haben, wurde als angstlindernd empfunden (Frau 3). Auch bereits vorhandene Therapieerfahrung half, dem Erstgespräch gelassener entgegenzusehen (Frau 13).

Frau 22 hatte konkrete Vorstellungen, und keine Angst:

„Ja eben ich bin halt froh gewesen, dass ich kommen konnte und ich bin auch neugierig gewesen. Ich habe mir auch gewisse Vorstellungen gemacht. Ich habe dann gedacht, ich müsse bei Ihnen aufs Sofa liegen. Ich habe mir ein wenig vorgestellt, wie das ist. Aber Angst oder so habe ich nicht gehabt.“

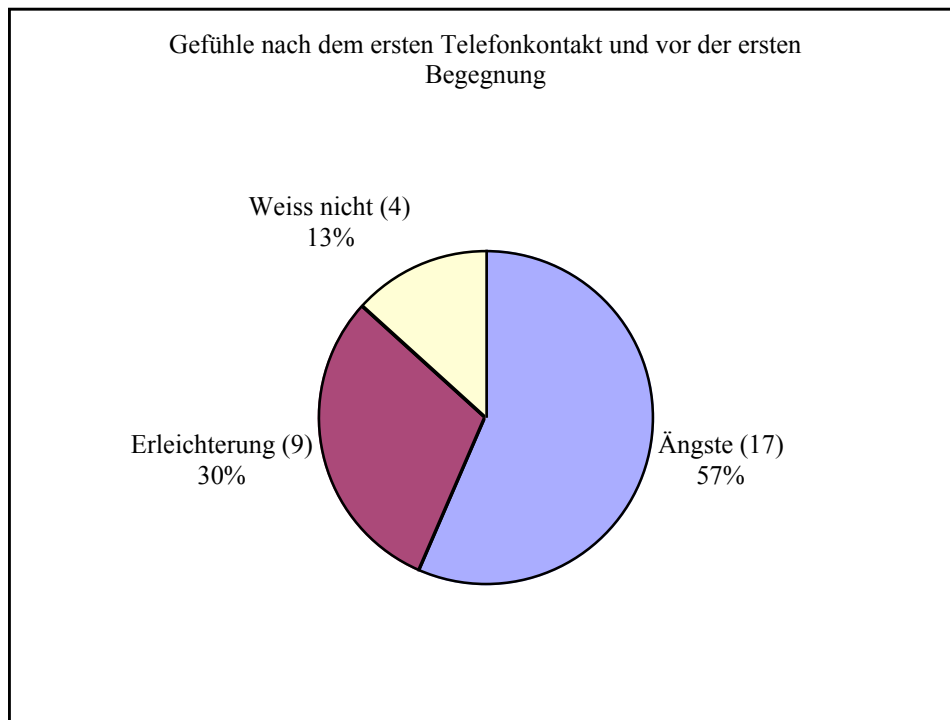
Frau 30, die ähnlich wie Frau 25, sich in der Frage 4.1 darauf bezog, dass sie selber entscheiden würde, war positiv eingestellt:

„Ich weiss gar nicht mehr richtig. Es ist relativ schnell gegangen. Nicht irgendwie gespannt, irgendwie erleichtert schon. Den ersten Schritt gemacht und eine positive Erwartung, es kommt wieder gut.“

Kategorie 3: Weiss nicht mehr

Frau 5, Frau 10, Frau 11 und Frau 18 wussten nicht mehr, wie ihre Gefühle im Vorfeld waren.

Abb. 22: Diagramm: Gefühle nach dem ersten Telefonkontakt und vor der ersten Begegnung



In dieser Zeitspanne zwischen dem ersten Telefonkontakt und der ersten Begegnung veränderten sich die Gefühle der Probandinnen. Die Probandinnen fühlten sich entweder erleichtert oder ängstlich, Scham oder Hoffnung wurden nicht mehr thematisiert. Mehr als bei anderen Fragen erinnerten sich vier Interviewpartnerinnen nicht mehr an diese Zeitspanne.

5.2.4.4 Gefühle unmittelbar vor der ersten Begegnung

Die Erinnerung an den ersten Eindruck in der Praxis oder in der Begegnung mit der Psychotherapeutin gibt weiteren Aufschluss über die Gefühlslage der Probandinnen während dem Prozess der Inanspruchnahme. Folgende Frage wurde gestellt:

4. Was war Ihr erster **Eindruck**, als Sie im Wartezimmer von ihrer Therapeutin abgeholt wurden?

Kategorie 1: Erwartung, Nervosität oder Therapeutin wichtig:	15
Kategorie 2: Freudig aufgeregt, angenehme Gefühle	7
Kategorie 3: Keine Erinnerung mehr:	3
Kategorie 4: Frage wurde nicht gestellt, daher keine Antwort:	5

Kategorie 1: 2,4,5,8,11,12,13,16,20,21,24,26,28,29,30

Kategorie 2: 3,9,14,15,19,25,27

Kategorie 3: 6,7,18

Kategorie 4: 1,10,17,22,23

Die Mehrheit der Antworten drehten sich um das Aufgeregtsein, die Probandinnen fragten sich, wie und welche Probleme sie formulieren sollten und waren neugierig auf die Therapeutin.

Kategorie 1 fasst die Antworten zusammen, bei denen die Nervosität oder die Beschäftigung mit der Therapeutin im Vordergrund standen.

Kategorie 2 sammelt die Antworten, bei denen das Warten als angenehm geschildert wurde. Die Kategorien 3 und 4 zeigen, dass diese Frage nicht als sehr wichtig erachtet wurde, und zwar von der Verfasserin selber (bei 5 Interviews wurden die Fragen vergessen zu stellen) als auch von den Probandinnen (3 erinnerten sich nicht mehr). Manchmal wurde die Situation des Wartens mit dem Warten beim Zahnarzt verglichen (Frau 9, Frau 30).

Kategorie 1: Erwartung, Nervosität oder Therapeutin wichtig

16 Probandinnen waren nervös, fühlten sich unangenehm oder fragten sich, wie die Therapeutin wohl sei.

Frau 4 fragte sich, ob die Sympathie vorhanden wäre:

„Ja also es ist natürlich wahnsinnig eine, ein wenig, also, eine Erwartungshaltung gewesen. Man sieht sich zum ersten Mal und ist mir die Frau sympathisch oder nicht. Ähm kann ich jetzt mit dieser Frau so über meine Probleme reden? Kann ich mich öffnen? Ähm ist es, ist es die richtige Person oder nicht? Das ist eigentlich die Frage halt in diesem Moment.“

Frau 20 berichtete kurz:

„Ja. Angespannt oder was soll ich sagen?“

Kategorie 2: Freudig aufgeregt, angenehme Gefühle

7 Probandinnen hatten positive Gefühle, betonten, dass sie nicht ängstlich waren, sondern eher gespannt darauf waren, die Therapeutin zu sehen. Frau 14 gefiel es auf Anhieb:

„Ja also eben, wo ich grad hier hereingekommen bin und ins Wartezimmer, dort habe ich einfach gedacht, je ist das herzig! So gemütlich, so eine gute Atmosphäre, da habe ich mich wohlgefühlt.“

Frau 19 empfand die Aufregung als angenehm:

„Ja. Das Warten an sich hat sich nicht unterschieden zu anderen Malen, so freudig und aufgeregt.“

Kategorie 3: Keine Erinnerung mehr

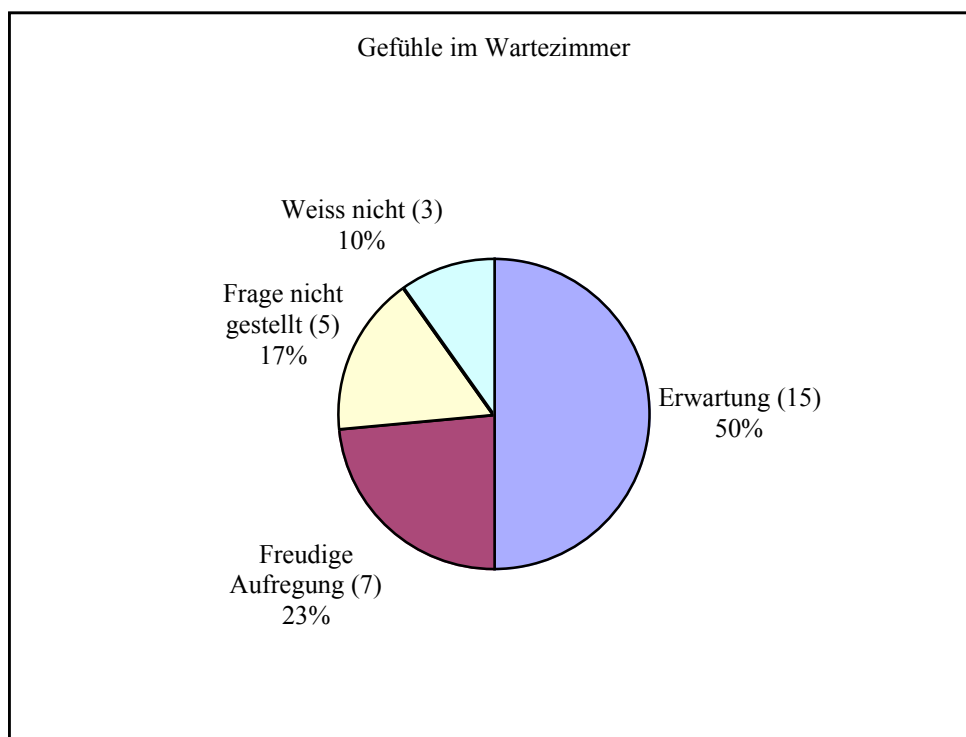
Drei Personen hatten keine Erinnerung mehr an diese erste Situation.

Frau 7 erinnerte sich nicht mehr:
 „Nein, das sehe ich nicht mehr.“

Kategorie 4: Frage wurde nicht gestellt, daher keine Antwort

Bei 5 Interviews wurde die Frage gar nicht gestellt. Dies ergab sich aus dem Gesamtzusammenhang des Interviews, es wurde entweder vergessen zu fragen oder spontan wurde entschieden, diese Frage sei zu wenig wichtig, um noch behandelt zu werden.

Abb. 23: Diagramm: Gefühle im Wartezimmer



Die Probandinnen beschrieben kurz vor dem Erstkontakt weniger Ängste; die Hälfte der Probandinnen berichteten von einer nervösen Erwartungshaltung, häufig bezüglich der Psychotherapeutin. 7 Probandinnen fühlten sich sogar freudig aufgeregt. Auffällig ist die fehlende Antwort bei 8 Probandinnen.

5.2.4.5 Erwartung und Wissen bezüglich dem Erstgespräch

Abschliessend, nachdem der ganze Prozess der Inanspruchnahme während des Interviews durchlaufen wurde, wurde noch einmal das Gefühl der Informiertheit befragt. Im Gegensatz zu Kapitel 5.1.2.4 interessiert hier die Informiertheit bezüglich des Erstinterviews, nicht bezüglich der Wahrnehmung der Symptome.

Folgende Fragen wurden gestellt:

5a. Wie gut waren Sie **vorinformiert** darüber, was in einem Erstgespräch vor sich geht?

5b Hat sich das bestätigt? Ist die Information über das Erstgespräch richtig oder falsch gewesen?

Kategorie 1: Nicht informiert	19
Kategorie 2: Informiert	9
Kategorie 3: Keine Frage gestellt, daher keine Antwort	2

Kategorie 1: 1,2,3,6,7,9,10,14,16,17,18,20,21,22,23,24,26,28,29

Kategorie 2: 8,11,12,13,15,19,25,27,30

Kategorie 3: 4,5

19 Probandinnen schätzten sich als nicht informiert über ein Erstgespräch ein. 9 Interviewpartnerinnen fühlten sich gut informiert.

Kategorie 1: Nicht informiert

19 Probandinnen fühlten sich nicht gut informiert über das Erstgespräch. Frau 1 war wichtig, dass das Gespräch offen und ohne Schema verlief, sie „habe einfach geweint und erzählt“. Frau 3 hatte Vorstellungen, wie es sein könnte. Frau 14 hatte zwar bereits eine erste Therapie gemacht, das war aber schon lange her.

Frau 18 wusste nicht viel, hatte aber ein gutes Gefühl:

„Nein. Ich habe nicht viel gewusst. Also das ist auch meine Art. Ich habe gedacht, ich gehe jetzt einfach und schaue dann was passiert. Also ich habe eigentlich recht ein gutes Gefühl gehabt ja. Also die Ängste haben nicht überhand genommen oder so, so dass ich gedacht hätte, jetzt habe ich doch einen Fehler gemacht oder so. Sondern ich bin eigentlich froh gewesen, dass ich diesen Schritt gemacht habe und ich habe das Gefühl gehabt, es kann eigentlich nur besser werden. (...)“

Frau 28 war überrascht:

„Ja. Ich glaube die Einrichtung, weil ich es so doktormässig in Erinnerung gehabt habe, auch das Wartzimmer und einfach auch das Gespräch, das Normale, dass man über solche Sachen redet, hat mich überrascht. Nicht dass man irgendwie so schüchtern ein bisschen fragt, sondern halt das Bewusstsein, dass es so Sachen gibt.“

Ja. Es hat mich schon erstaunt, weil ich mir auch gar keine Vorstellungen machen konnte, weil ich überhaupt nicht gewusst habe, wie es ist. Also das ist schwierig gewesen, mir das vorzustellen, aber ich bin überrascht gewesen.“

Kategorie 2: Informiert

9 Probandinnen waren informiert über das erste Gespräch. Frau 13 und Frau 15 von einer früheren Therapieerfahrung her, Frau 12 und Frau 25 verglichen die verschiedenen Erstgespräche und legten den Fokus auf die Person der Therapeutin. Frau 27 konnte sich vorstellen, wie es sein könnte und Frau 30 fand den Unterschied zu Gesprächen mit KollegInnen nicht gross. Frau 11 fand das Erstgespräch angenehm:

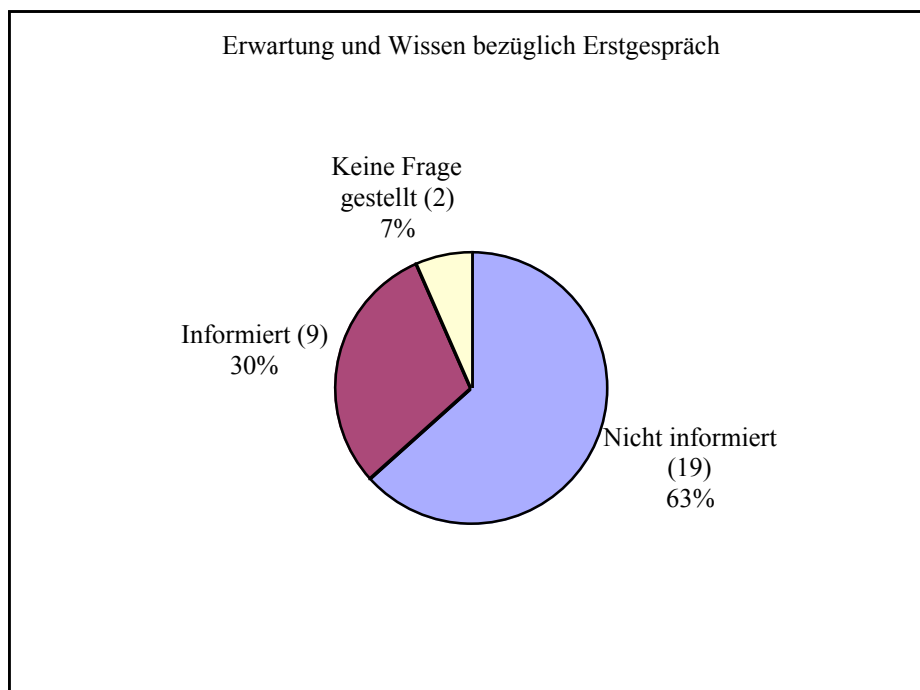
„Ja schon. Also ich habe gewusst, dass man sehr viel selber reden muss und das hat mich schon sehr erstaunt gehabt. Und ich habe das Angenehme bei der Frau X gefunden, weil sie mehr Fragen gestellt hat als ich erwartet habe.“

Frau 19 war nicht überrascht:

„Ja. Ich bin ziemlich gut informiert gewesen. Also dieses Erstgespräch ist ziemlich so gelaufen, wie ich es mir vorgestellt habe.“

Kategorie 3: Keine Frage gestellt, daher keine Antwort

Abb. 24: Diagramm: Erwartung und Wissen bezüglich Erstgespräch



19 Probandinnen fühlten sich nicht gut über das Erstgespräch informiert, waren jedoch nicht beeinträchtigt durch Ängste oder unangenehme Gefühle. Sie schienen sich deswegen nicht unwohl zu fühlen.

5.2.4.6 Selbstgefühl bei Kontaktaufnahme

Als Zusammenfassung sollten sich die Probandinnen abschliessend zu ihrem erinnerten Selbstgefühl äussern, das sie während der Kontaktaufnahme mit uns hatten. Die Gefühle wurden im Gegensatzpaar „stark“ und „verzweifelt“ ausgedrückt. Dabei wurde das in der Frage gestellte Gefühl der Hilflosigkeit zu wenig heftig empfunden, die Probandinnen brauchten viel mehr das Wort „Verzweiflung“. Folgende Fragen wurden gestellt:

6a. Haben Sie in Ihrer Not Momente von grosser **Hilflosigkeit** oder gar Ohnmacht und Ausgeliefertsein erlebt und meinen Sie, dass diese ausschlaggebend für Ihre Kontaktaufnahme mit uns gewesen sind?

6b. Oder denken Sie, dass Sie eher in einem **starken Moment** angerufen haben? Bitte zeichnen Sie ihre persönliche Kurve auf der untenstehenden Graphik ein.

14 Probandinnen berichteten, sie hätten sich im Moment des Anrufens stark gefühlt. 7 Probandinnen beschrieben, sich sowohl verzweifelt als auch stark gefühlt zu haben. 6 Interviewpartnerinnen betonten eher die Verzweiflung und 3 Personen hatten sich nicht anders als sonst gefühlt.

Die Mehrheit, 21 Probandinnen (Kategorie 1 und 2) erlebten sich als stark bei der Handlung der ersten telefonischen Kontaktaufnahme.

Kategorie 1: Starker Moment	14
Kategorie 2: Stark und verzweifelt	7
Kategorie 3: Verzweifelter Moment	6
Kategorie 4: Keine besonderen Gefühle, normal	3

Kategorie 1: 3,7,8,9,11,13,16,17,18,20,25,26,27,29

Kategorie 2: 2,6,15,19,21,23,28

Kategorie 3: 1,4,10,12,24,30

Kategorie 4: 5,14,22

Kategorie 1: Starker Moment

14 Probandinnen berichteten von einem starken Moment, in dem sie angerufen hatten. Frau 20 „hätte sich sonst nicht getraut“, Frau 29 wartete einen starken Moment ab.

Frau 26 betonte ihre Kraft in diesem Moment:

„Nein. Das war schon Kraft dahinter. Also Kraft in der Krise. Ich musste ja etwas unternehmen, um ... ja, das war ein starker Moment.“

Frau 27 erwähnte ebenfalls die Stärke und die Erleichterung, anrufen zu können:

„Sicher eher in einer starken Minute, weil ... es hat in dieser Krise auch Zeiten gegeben, da hab ich es kaum fertiggebracht, ein Telefon zu erledigen, das ist für mich schon uhschlimm gewesen, also einfach vom Energieaufwand her, ich habe es irgendwie nicht gekonnt und das ist sicher, eben, es ist ja für mich wie eine Erleichterung gewesen und das ist für mich auch so ... ah jetzt ändert sich etwas und ich will ja auch, dass sich etwas ändert.“

Kategorie 2: Starker und verzweifelter Moment

7 Interviewpartnerinnen legten sich nicht fest auf ein Gefühl, sondern bezeichneten das verzweifelte auch als starke Emotion. Zwar hatten sie telefoniert in einem starken Moment, aber „für das Anrufen waren schon diese erlebten Momente von Hilflosigkeit entscheidend“ (Frau 19).

Frau 6 beschrieb ihren langen Weg zum ersten Telefongespräch:

„Also ich denke, dass ich mich entschieden habe dazu, ist schon eine Folge gewesen von diesem Zustand da, mit diesen Ängsten. Aber wo ich dann angeläutet habe, ist das wieder vorbei gewesen dann. Also das ist ja immer wieder vorbeigegangen dann. Ich habe eher telefoniert, wo ich mich stark gefühlt habe. Eben, das ist im 88 gewesen und die Therapie habe ich erst im 95 angefangen. Ich denke, eben mit dieser homöopathischen Therapie, da hat sich dann schon was getan, das ist das Herz gewesen und dann die Lunge und so, das hat sich auch immer wieder verschoben und verändert.“

Ebenso führte Frau 21 beide Gefühlslagen an:

„Als ich der Vermittlungsstelle angeläutet habe, da bin ich schon recht verzweifelt gewesen. Da habe ich fast weinen müssen am Telefon, weil die Frau hat mich auch gefragt, was ich denn für ein Problem hätte und dort habe ich wirklich Mühe gehabt, darüber zu reden. Und ja in diesem Moment, als ich dann die Telefonnummern abgeklappert habe, dort ist es ein wenig gemischt gewesen. Auf die eine Seite habe ich mich stark gefühlt und auf die andere Seite total hilflos.“

Kategorie 3: Verzweifelter Moment

6 Probandinnen beschreiben vor allem die hilflosen Momente als ausschlaggebend, „ausgeliefert sein“ (Frau 1) oder „Moment von Ohnmacht“ (Frau 4) und das Gefühl „jetzt mag ich einfach nicht mehr“ waren dabei wichtige Gefühle.

Frau 10 fühlte sich hilflos:

„Ich denke, da war ich verzweifelt und hilflos.“

Frau 12 interpretierte bei sich als Schwäche, was sie für andere gut fand:

„Also ich bin eher in einem Ohnmachtmoment gewesen, weil ich mit mir selber nicht mehr ins Reine kommen konnte, weil ich gespürt habe, ich brauche Hilfe von aussen und das ist im ersten Augenblick nicht sehr erfreulich gewesen für mich. Für die anderen ist das für mich immer sehr gut und okay gewesen, absolut. Aber so für mich selber diese Schwäche quasi. In diesem Moment hab ich das als Schwäche gesehen, mir nicht mehr helfen zu können quasi.“

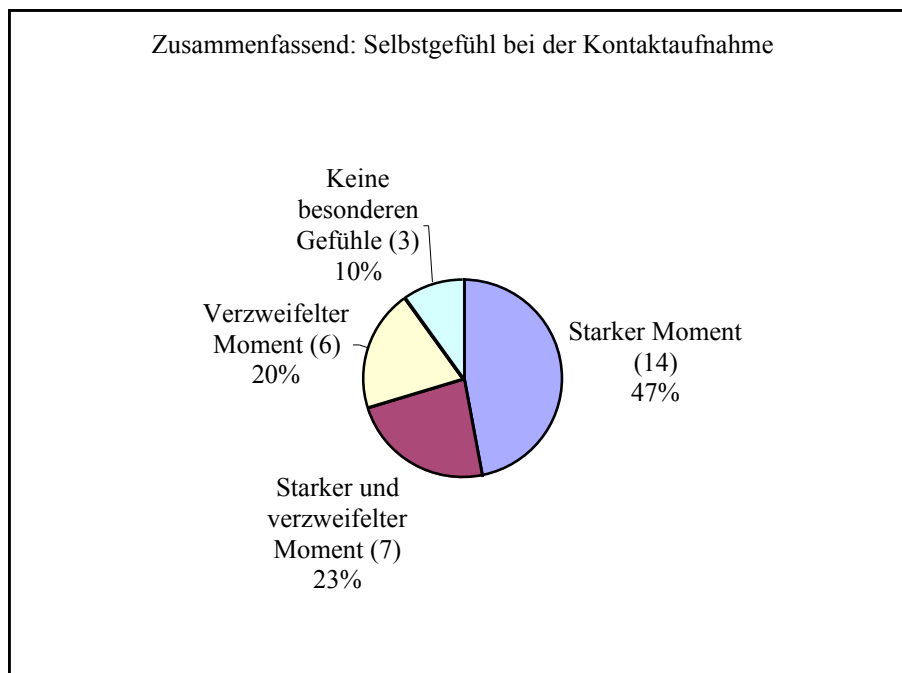
Kategorie 4: Keine besonderen Gefühle

Frau 22 hatte erst nach dem Gespräch mit Hausarzt telefoniert:

„Also ich habe mich insofern hilflos gefühlt, als dass ich gefunden habe, jetzt brauche ich Hilfe, also ich habe mich nicht ohnmächtig gefühlt, sondern eben so, dass ich Hilfe brauche.

Ohnmächtig habe ich mich nicht gefühlt, aber schon natürlich überfahren von den Umständen. Also ich bin ja eben zuerst noch zu meinen Hausarzt gegangen mit ihm darüber zu reden, dass ich mich hier anmelden möchte. Also von dem her nein, es ist nicht, dass ich da am Telefon gehadert hätte, sondern ich bin zuerst zu ihm gegangen und dann hab ich telefoniert.“

Abb. 25: Diagramm: Selbstgefühl bei der Kontaktaufnahme



Die meisten Probandinnen fühlten sich stark beim Moment des Anrufens. Lediglich 6 Antworten setzten das Gefühl der Hilflosigkeit in den Vordergrund.

5.2.4.7 Gründe für die Aufnahme einer Therapie: 3. Suche nach einer Fachperson

Nach der Wahrnehmung eines seelischen Konfliktes und der Einsicht der Behandlungsbedürftigkeit folgt die aktive Suche nach einer Fachperson. Dabei wurde gefragt, wie die Probandin auf unsere Adresse gekommen ist und welche Gefühle sie im Vorfeld des ersten telefonischen und dann physischen Kontakts hatte. Noch einmal wurde das Gefühl der Informiertheit, Erwartung und Wissen bezüglich dem Erstgespräch erfragt. Abschliessend und zusammenfassend sollte die Probandin Auskunft geben über ihr Selbstgefühl bei der Kontaktaufnahme, dabei interessierten die Angaben zu den erlebten Gefühlen als Ganzes während dem dritten Schritt des Inanspruchnahmeprozesses.

Auffinden unserer Adresse

Heute geschieht normalerweise der allererste Kontakt zu einem Psychotherapeuten per Telefon und wird in der Literatur häufiger als jedes andere Element im Vorfeld eines Erstgesprächs beschrieben (Keil-Kuri 1993, Stroczan 1993). Vereinzelt kommt es in unserer Praxis zu Anmeldungen per mail. Äusserst selten meldet sich jemand schriftlich¹⁷² an. In der vorliegenden Studie sind alle Anfragen per Telefon erfolgt.

Deutlich mehr als die Hälfte (19) der Probandinnen suchten im Telefonbuch eine Adresse und wurden auf die Frauenstelle aufmerksam. Dies kann bereits als erster Anknüpfungspunkt angesehen werden, wie Frau 1 sagt, „da hat es ja hundert Namen und da ist mir ins Auge gestochen, Frau... Frauenstelle, und ich dachte ein Mann versteht das nicht“. Aber es wurde auch der zentrale Ort der Praxis und Frauenstelle angeführt, um zu erklären, warum die Frauenstelle gewählt wurde. Die anderen 11 Probandinnen kamen durch die Vermittlungsstelle oder durch eine Empfehlung zu uns. Auch sie wählten damit eine persönliche und nicht eine fachspezifische Überweisung.

Gefühle bei der ersten telefonischen Kontaktaufnahme

Nach König (1994) beginnt die Psychotherapie mit dem ersten Telefonkontakt: „Bereits die Art und Weise, wie ein Analytiker den Telefonanruf eines Patienten entgegennimmt, ja selbst seine Stimme auf dem Anrufbeantworter und der Inhalt des auf Band gesprochenen Textes, für den sich der Therapeut entschieden hat, beeinflussen die spätere psychotherapeutische Beziehung. Sie setzen Übertragungen in Gang, die sich auf die Beziehungserwartung des Patienten, besonders auf die Art der Hilferwartungen, auswirken. Insoweit hat die Therapie dann schon begonnen“ (S. 19).

Auch nach Keil-Kuri (1995) wird „die Mühe, die es darstellt, wenn der Therapeut seine Termine selbst vereinbart, durch die Fülle von Informationen mehr als wettgemacht, die er dadurch gewinnen kann“ (S. 7). Ebenso betont Benz (1988) den ersten telefonischen Kontakt: „Die Information beginnt in dem Moment zu fliessen, in dem der Analytiker das Telefon abnimmt und hört, dass ein Fremder ihn sehen möchte, um ihm ein Anliegen vorzutragen“ (S. 579).

Stroczan (1993) spricht von der Terminvereinbarung als ein oft „schwer zu bewältigendes Unterfangen“ (S. 94), denn die Entscheidung für eine Konsultation und der Griff zum Telefon mobilisiere bei den Patienten oft Ängste vor dem eigenen Mut. Die zunächst gelungene Herstellung des Kontakts rufe Abwehrbewegungen hervor, die „bei der Terminvereinbarung einen fruchtbaren Nährboden“ (S. 95) finde. Dies kann unter dem Paradoxon des Annäherungsvermeidungskonflikt (Miller 1944, Nadler 1991) bei der Hilfesuche gesehen werden.

Nicht nur der Therapeut, auch der Patient kann beim ersten Telefon Vieles wahrnehmen und nochmals entscheiden, ob ihm der Therapeut passt. Das erste Telefon gehört zum Ausleseverfahren der Patientin, Frau 8 und Frau 21 taten dies mit Hilfe der gehörten Stimmen auf den Beantwortern, denn „die muss mir sympathisch sein, sonst bringt es nichts“. Die Hälfte der Probandinnen beschrieben die Schwierigkeit des ersten Telefons; Frau 20 redet vom Mut, den es gebraucht und dass sie „also schon noch froh“ gewesen sei, dass sie sagen konnte, „ich möchte dann auch eine Lehranalyse machen“, weil dann das Beschämende so ein bisschen weg gewesen sei. Frau 7 hat „den Schlotteri gehabt“ und Frau 12 war froh, dass sie den

¹⁷² Eckstaedt (1992) nennt Fälle von Patienten, die von weither kommen und sich schriftlich ankündigen. Dabei könne „eine möglicherweise übermässige Aufwertung und besondere Erwartung und Anforderung auf den Psychoanalytiker gerichtet sein“ (S. 39). Allerdings ist das wohl grössere Motiv der Angst hier nicht aufgeführt.

Beantworter erwischte, weil es „ist doch viel einfacher einer Maschine schnell etwas zu sagen als einem Menschen“.

14 Probandinnen betonten eher die Bewältigungsstrategien, Frau 25 beschreibt, es sei ihr schon wieder etwas besser gegangen, als sie etwas unternehmen konnte und fand, die Therapeutin „ist die Frachfrau und – nein, da habe ich keine Mühe gehabt“. Nicht unerwähnt soll Frau 12 bleiben, die das Erstgespräch ähnlich einem Rendez-vous erwartete.

Gefühle nach dem telefonischen Erstkontakt und vor dem Erstgespräch

Nach dem erfolgten Telefongespräch setzt eine Entspannung ein. Die Probandinnen hatten einen Termin fürs Erstgespräch fixiert und fühlten sich erleichtert. Die Ängste richteten sich bei manchen Probandinnen nun konkreter auf die angerufene Therapeutin, mit der sie sich nächstens treffen würde. Dieser Zwischenraum bis zur ersten physischen Kontaktaufnahme wird in der Literatur gut beschrieben und zeigt, dass die Beziehungsaufnahme ein wichtiger Bestandteil des Inanspruchnahmeprozesses ist.

Die Einstellung gegenüber Psychotherapie ist ein personen-, nicht ein fachabhängiges Geschehen (Brechtbühler 2003). So erstaunt es nicht, dass sich die Probandinnen über die Therapeutin Gedanken machen. Nach Stroczan (1993) setzt bereits bei der Erwägung, psychotherapeutische Hilfe zu suchen, eine „rudimentäre interpersonelle Auseinandersetzung“ (S. 86) ein. Mit der ersten Kontaktaufnahme am Telefon gewinne diese Auseinandersetzung an Gestalt und Affekt. Die Wartezeit von der Anmeldung bis zum Zusammentreffen sei keine Leerzeit, sondern der Patient beschäftige sich in diesem Zeitraum mit Phantasien, wie das Gespräch wohl verlaufen werde, wie und wieweit er diesem fremden Menschen sein Inneres offenbaren wolle und könne.

Damit trete der Patient in eine „antizipatorische Beziehung“ (S. 87) zum Therapeuten ein, die ein Phänomen des Patienten sei, der Therapeut trete seinem Patienten im Vergleich dazu relativ beziehungslos gegenüber. So sei es nicht überraschend, „wenn Patienten ins Erstgespräch mit einer ausgebildeten inneren Beziehung zum Analytiker kommen und mit Erleichterung oder Entsetzen feststellen, dass der Gesprächspartner völlig anders ist, als man gedacht hat“ (S. 87).

Die im Vorfeld stattfindenden Phantasien und Erwartungen bezüglich des Psychotherapeuten sind nicht nur für die erste Begegnung, sondern für den weiteren Verlauf der Psychotherapie wirksam: „Jedes Ereignis wirft seine Schatten voraus“ (Benz 1988, S. 578). Schon Argelander (1970) und Thomä und Kächele (1985) wiesen auf die bereits im Vorfeld stattfindenden Prozesse der Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand hin. Der Patient entwickle Hoffnungen und Erwartungen, und auch der Analytiker stelle sich mit den ihm zur Verfügung stehenden Vorinformationen auf das Gespräch ein.

Entsprechend beschrieben mehr als die Hälfte (19) der Probandinnen Angst. Frau 28 berichtet: „Auch eine grosse Angst, zu erzählen überhaupt, von meinen Problemen zu erzählen. Das ist schon eine riesige Angst gewesen, aber auch eine grosse Erleichterung, das einmal erzählen zu können“. Andere richteten ihre Angst bereits auf die Therapeutin wie Frau 1: „dann ist natürlich die Angst, ja, sie sagt, Sie sind so ein schwieriger Fall, Angst, dass sie mich zurückweist, Sie sind so schwierig, so verkehrt, mit Ihnen kann ich nicht schaffen“ oder wie Frau 7, die dachte „sie meint auch, ui nein, diese Frau 7 ist also ziemlich hinüber oder“. Die bereits erwähnte Frau 12 schildert dies ebenfalls: „Also es würde sich herauskristallisieren,

dass es eigentlich für Sie nichts ist aber ich würde eigentlich gern so ... das ist eine recht grosse Angst gewesen so, wie blinddatemässig so“.

Fast ein Drittel (9) der Probandinnen beschrieb eher die Erleichterung wie Frau 3, die „war einfach froh, dass es jetzt anfangen kann und ich schauen kann, wie das ist“. Frau 25, die „eigentlich gespannt gewesen und zwar positiv“ ist, weil „ich habe ja immer das Gefühl gehabt, ich entscheide ob ich da gehe oder nicht“ zeigt, dass die eigene Entscheidung hilft Für Frau 15 war der „egalitäre Touch wichtig“, sie hätte nicht zu jemandem gehen wollen „wo ich das Gefühl hätte, die weiss es und ich bin die, die nichts weiss“.

Diese Hinweise auf die eigene Entscheidung und der Anspruch auf Egalität zeigen eine selbstbewusste Haltung, die neben der Angst besteht. Auch Frau 24 macht deutlich, wie das Ringen um die eigene Haltung ist: „Ja was muss ich dann erzählen und wie geht es da zu und her? Einfach das Ungewisse und der Respekt, also nicht Respekt, aber ja...“.

Gefühle unmittelbar vor der ersten Begegnung

Als Erinnerungshilfe für die Gefühle unmittelbar vor der ersten Begegnung wurde im Interview die Frage nach dem Wartezimmer gestellt. Der Gestaltung der Praxis, des Wartzimmers, der angebotenen Sitzgelegenheiten wird vor allem in der Psychoanalyse grosse Bedeutung zugewiesen (Argelander 1970, Eckstaedt 1992, König 1994). Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass die Probandinnen das Wartezimmer zum Teil gut wahrgenommen hatten und ganz gegenteilige Gefühle hatten; Frau 8 dachte es sei noch ein guter Platz hier und die Korbstühle würden ihr nicht gefallen, oder Frau 7, die dachte „je ist das herzig, so gemütlich, so eine gute Atmosphäre, da habe ich mich wohlgefühlt“, oder Frau 16, die es „so leer, so allein, so niemand herum, da im Wartezimmer“ empfand.

In diesem Moment, in dem die Probandin damals bereits physisch am selben Ort wie die Therapeutin war, wurden von 22 Probandinnen nicht Ängste, sondern eher eine Erwartungshaltung, häufig der Therapeutin gegenüber (15), oder eine freudig gespannte Haltung (7), formuliert. Diese Frage wurde bei 5 Probandinnen nicht gestellt und 3 Probandinnen erinnerten sich nicht mehr. Diese hohe Zahl an Nichtantworten zeigt, dass diese Frage auch von der Autorin vermieden wurde, weil sie damals als redundant und nicht relevant gewichtet wurde oder weil das Vorkommen der phantasierten Therapeutin hemmte.

Bereits bevor dem kommenden Treffen mit dem anderen Menschen steht nicht mehr die Angst im Vordergrund, sondern richten sich die Gefühle auf die Beziehungsaufnahme und die Überprüfung der eigenen Erwartungen. Dies kann auch als erstes Halten innerhalb der therapeutischen Beziehung gesehen werden.

Erwartung und Wissen bezüglich dem Erstgespräch

In einer qualitativen Arbeit zum psychoanalytischen Erstgespräch meint Wegner (1992), es gäbe wohl kaum noch Patienten, die nicht schon in irgendeiner Weise über die Psychoanalyse gehört oder gelesen und sich dazu ein Bild gemacht hätten. Dies bestätigen die vorliegenden Ergebnisse nicht.

Nahezu zwei Drittel der Probandinnen fühlten sich nicht gut informiert über das Erstgespräch, sie machten sich jedoch sehr wohl Bilder darüber und berichten und ganz detaillierte Erinnerungen, die mit der Therapeutin oder dem eigenen Gefühl damals zusammenhängen. Mehrere Antworten waren klar „keine Ahnung gehabt“. Andere erinnerten sich an das offene Gespräch

wie Frau 1, die nicht das Gefühl hatte, die Therapeutin hätte eine „Liste gehabt, wo sie alles abgehakt hat“ oder betonten ihr Interesse der Therapeutin gegenüber wie Frau 10, die „gern ein bisschen mehr gewusst (...) einfach so alltägliche Sachen“ oder Frau 22, die nur sich gar keine Gedanken im Vorfeld machte und nur „redete und redete“ und sich dann nach einer Frage bewusst wurde, dass es sie damals „gar nicht mehr richtig gegeben“ habe.

Ganz exakt beschreibt Frau 23, dass sie nicht gewohnt gewesen sei, „durch ein Spüren herauszufinden, ob das jetzt das Richtige ist für mich oder nicht“ und Frau 26 schildert das „Experiment“, beim Erstgespräch herauszufinden, ob es klappt für eine Therapie oder nicht, das könne „im blödesten Fall (...) zwei drei Therapeutinnen dauern“.

Dass die Probandinnen zwar Vieles erzählen und sich an Einzelnes vom Erstgespräch genau erinnern, sich jedoch trotzdem die meisten als uninformatiert fühlten, entspricht auch der offenen Haltung, die in einem psychoanalytischen Erstgespräch eingenommen werden soll, zeigt dennoch, dass die Probandinnen sich nicht stark wie etwa als Konsumentin fühlt, sondern sich den Regeln, die sie nicht kennt, beugt und sich dies in ihrem Gefühl niederschlägt.

Nach Kadushin (2006) braucht der Gang zum Psychotherapeuten ein „ticket of admission“ (S. 89), da niemand einfach so den Psychiater beiläufig besuche, ein Problem müsse klar umrissen werden. Seine Untersuchung zeigt, dass seine Probanden, vor allem diejenigen aus den unteren Schichten, lange und ausführlich ihr Problem beschrieben.

Zusammenfassend: Selbstgefühl bei der Kontaktaufnahme

Nach Eckstaedt (1992) wird das Erstinterview meist mit grosser Unsicherheit oder gar Angst und Gefühlsspannung erwartet. Stroczan (1993) findet ein Ausbleiben von Angst und Unsicherheit angesichts der Tatsache, dass sich jemand in eine Situation begibt, in der mit einem zunächst absolut fremden Menschen Intimes besprochen werden soll, sogar eher von symptomatischer Bedeutung.

Nach Stroczan (1993) mobilisiere die Entscheidung und der Griff zum Telefon für eine erste Kontaktaufnahme mit dem Psychotherapeuten „Ängste vor dem eigenen Mut“ (S. 95). Damit sind die zwei bestimmenden Gefühlslagen bereits formuliert. Die Handlung des Anrufens benötigt Mut, die Anrufende muss sich stark genug fühlen, dass sie sich Hilfe holen kann, was mit beispielsweise narzisstischen Wünschen unvereinbar ist. Franz (1993) hat diesbezüglich auf die narzisstische Kränkung aufmerksam gemacht.

Baecker (1994) redet vom Defizit, über welches verhandelt wird bei der Hilfesuche und welches mit Schamgefühlen begleitet wird. Kushner und Sher (1989) betonen die Ängste, die beim Inanspruchnahmeprozess entstehen und überwunden werden sollen. Mildernd auf die Behandlungsängste wirke der Entschluss, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen (auch Kadushin 1969).

Dieser Entschluss ist beim ersten Telefonkontakt bereits gefallen und entsprechend berichten die Probandinnen von Gefühlen wie entschlossen, stark und mutig sie sich gefühlt hätten, häufig mit dem Hinweis auf die auch vorhandene Krise oder Schwäche, Ohnmacht oder Hilflosigkeit. Zählt man die Schilderungen, die auch die Verzweiflung zu den starken Gefühlen betonten, fühlte sich die Mehrheit der Probandinnen (24 Probandinnen) beim ersten Telefon stark. Keine einzige Probandin hat von Angst gesprochen in diesem Moment. Das zeigt, dass die Angst bei diesem Schritt des Inanspruchnahmeprozesses zurückgegangen ist, denn die Beziehungsaufnahme hat in einem ersten Schritt geklappt und ein Termin ist fixiert.

5.2.5 Weitere Ergebnisse

Neben der Auswertung der Interviewfragen wurde auch das Material, das im freien Gespräch, ohne sich auf eine Frage zu beziehen, mitverfolgt. Wie üblich bei Prozessen reihen sich die einzelnen Schritte nicht starr nacheinander, sondern werden im Gespräch zu verschiedenen Zeitpunkten individuell erlebt. Einzelne Ergebnisse zeichnen sich durch eine kontinuierliche Erwähnung auf, die mit ihrer Persistenz die Wichtigkeit der folgenden Variablen zeigt.

Dabei zeigten sich vier Themen. Immer wieder wurde die Angst oder die Scham thematisiert, gekränkt zu werden (Kap. 5.2.5.1). Dem gegenüber stand die Autonomie, die in kleinen Bemerkungen angetönt wurde (Kap. 5.2.5.2). Schutz vor der Angst bietet auch die neue Beziehung zur Therapeutin, die gefürchtet und ersehnt wird (Kap. 5.2.5.3). Schliesslich waren einzelne Momente des Kippens (Kap. 5.2.5.4) sichtbar. Diese Themen werden im letzten Kapitel 5.2.5.5 zusammengefasst.

Es werden jeweils zwei Kategorien pro Thema gefasst, aber nur die erste Kategorie wird aufgeführt, da unter der Kategorie 2 die Interviews aufgeführt sind, in welchen das Thema nicht zur Sprache kam.

5.2.5.1 Angst, Scham, Stigma

In 24 Interviews wurde die Stigmatisierung angetönt. In lediglich 6 Berichten wurde nie oder dann verneinend von Stigmatisierung geredet.

Kategorie 1: Stigmatisierung erwähnt	24
Kategorie 2: Stigmatisierung nicht erwähnt oder nicht erlebt	6

Kategorie 1: 1,3,4,6,8,9,10,11,12,15,16,17,18,19,20,21,23,24,25,26,27,28,29,30
Kategorie 2: 2,5,7,13,14,22

Frau 1 berichtet zwiespältig von ihrer eigenen Akzeptanz der Psychotherapie gegenüber. Sie selber würde zwar niemanden „komisch anschauen“, der Psychotherapie in Anspruch nimmt, betont jedoch, dass selbst ihre eigene Mutter nichts von ihrer Psychotherapie weiss:

„Ich glaube nicht, dass ich so eine Hemmung gehabt habe, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ganz ehrlich denke ich, das ist auch legal und ich würde niemand komisch anschauen, der sagt, er gehe auch in eine Therapie. Ich habe da nicht so eine Hemmung. Ich habe da weniger Probleme gehabt, Sie sagen, es nehmen so wenig Menschen Psychotherapie zu Hilfe, aber dass ich ein gebrochenes Bein habe, kann ich ja Frau Meier und Frau Müller erzählen. Meine Mutter, meine eigene Mutter weiss nicht, dass ich zur Frau X gehe! Also das ist wie sozial und gesellschaftlich nicht anerkannt. (...) Es hat mich vielleicht beschämt, dass ich nicht genug stark bin, und dass ich wegen dem so ein Theater mache, und dass ich das nicht lösen kann ich selber.“

Frau 21

„Ich habe mich einfach geschämt, das jemandem zu erzählen. Eben weil es solche Vorurteile gibt und weil ich auch so Angst gehabt habe, dass sich dann die einen Leute von mir zurückziehen könnten.“

5.2.5.2 Autonomie

In 21 Interviews waren Passagen zu finden, in denen die Autonomie angesprochen wurde. Angst oder Scham kann mit autonomen Handlungen begegnet werden, wie Frau 27 sagt: „wenn ich zum Beispiel etwas Aktives unternehmen kann, geht es mir schon viel besser.“

21 Probandinnen erwähnten im Interview die Autonomie. In 9 Interviews kam das Thema nicht zur Sprache.

Kategorie 1: Autonomie erwähnt	21
Kategorie 2: nicht zur Sprache gekommen	9

Kategorie 1: 1,2,3,4,5,6,7,9,12,13,15,17,18,19,22,23,24,25,26,27,30
Kategorie 2: 8,10,11,14,16,20,21,28,29

Frau 23

„Also eben. Einerseits habe ich schon aus eigenem Leiden heraus eine Analyse wollen und andererseits wollte ich einfach eine Lehranalyse haben. Also ich habe dem PSZ telefoniert und suchte eine Lehranalytikerin in Winterthur und da haben sie mir Adressen gegeben und so habe ich dann Frau X angerufen und so bin ich mal hierher gekommen und dann hab ich hier angefangen.(...) Ja. Das hat schon sehr viel Mut gebraucht und ich bin dann also schon noch froh gewesen, dass ich sagen konnte, ich möchte dann auch eine Lehranalyse machen, weil dann das Beschämende so ein bisschen weg gewesen ist, von der Angst oder, ich habe dann ein wenig so unter dem Vorwand anläuten können und dadurch ist es mir auch besser gelungen zum Telefonieren. (...) Und bei mir ist es so, wenn ich mich dann entschieden habe, dann läuft das einfach so, dann mache ich das einfach. Und nicht über das Gefühl.“

Frau 30 wollte ihre Symptome weghaben:

„Also eben auch und die Verantwortung diesen Menschen gegenüber, die zu mir kommen. Eben ich kann doch nicht Eltern und Schülerinnen und Schülern so neurotisch gegenüber sitzen, da muss ich doch soweit gut funktionieren auch. Nein: es ist wirklich einfach so, diese Symptome wegbekommen wollen und deshalb eine Beratung aufgesucht, wieder schlafen wollen und wieder normal durchs Tunnel fahren können und nicht, ich gehe wegen meinen Angststörungen oder so.“

5.2.5.3 Beziehung zur Therapeutin

Die Psychotherapieaufnahme ist eine Beziehungsaufnahme, bei der die Person der Psychotherapeutin wichtig ist. Die Patientin fragte sich, ob es die „richtige“ Person sei, und stützte sich dabei auf ihr Gefühl, die Therapeutin sympathisch zu finden. 19 Probandinnen formulierten ihr Interesse an der Beziehung zur Psychotherapeutin.

Kategorie 1: Beziehung zur Therapeutin erwähnt	19
Kategorie 2: Nichts zur Beziehung zur Therapeutin erwähnt	11

Kategorie 1: 1,4,5,6,9,10,11,12,14,15,16,17,18,19,21,25,26,27,28

Kategorie 2: 2,3,7,8,13,20,22,23,24,29,30

Frau 4 hoffte, mit der Therapeutin reden zu können:

„Ja also es ist natürlich wahnsinnig eine, ein wenig, also, eine Erwartungshaltung gewesen. Man sieht sich zum ersten Mal und ist mir die Frau sympathisch oder nicht. Ähm kann ich jetzt mit dieser Frau so über meine Probleme reden? Kann ich mich öffnen? Ähm ist es, ist es die richtige Person oder nicht?“

Obwohl Frau 5 die Methode nicht gut fand, blieb sie in der Therapie wegen der Therapeutin:

„Ich bin auch ein Jahr lang nicht abgelegen auf diese Couch da und es ist nur wegen der Frau X, dass ich geblieben bin. Es ist nur wegen der Beziehung, weil ich gemerkt habe, das ist gut. Sie macht das gut. Ich bin hier bei ihr als Mensch am richtigen Ort. Aber die Methode hätte ich mir selber nicht ausgewählt. Ja. Ich bin einfach wegen ihr geblieben, trotz dieser Methode, die mich auch schrecklich gedünkt hat. Und ich glaube, deshalb ist diese Analyse so gut herausgekommen, die Methode ist mir irgendwie gleich.“

5.2.5.4 Moment des Entschlusses mit der Selbstbestimmung

In 28 Interviews finden sich Passagen über den Moment der eigenen Entschlossenheit:

Nachdem Frau 3 von Freundinnen auf die Möglichkeit einer Psychotherapie hingewiesen wurde:

„habe ich wie so zum ersten Mal gefunden, ja moll mhm, vielleicht wäre das noch gut. Und dann ist es mir aber grad wieder viel besser gegangen und ich habe doch gedacht, nein, das ist nicht nötig. Und dann hat das halt wieder gekippt und irgendwann habe ich aber schon gedacht, ja jetzt mach ich das einfach. Irgendwie war es einfach klar gewesen, dass ich das will.“

Frau 14 meinte erst, sie müsse selbst mit ihren Problemen fertigwerden, bis sie denken konnte, sie schaffe es nicht mehr allein:

„Ich habe wieder diese Probleme gehabt und ja bin einfach wieder nicht mehr fertig geworden damit und auch mit meinem Leben und das Ganze hat für mich so... ja ich habe wieder Angst bekommen, dass diese Beziehung wieder in die Brüche geht. Ja, dass es einfach wieder nicht klappt wegen meinen Problemen und dann

ist mir das durch den Kopf gegangen, aber es hat recht lange gebraucht, bis ich mich wirklich so entschieden habe, mich hier zu melden. Ich habe auch von meiner Frauenärztin ja die Nummer bekommen. Ich habe es aber nie gemacht, ich habe immer gedacht, da werde ich schon damit fertig, das sind Kleinigkeiten und andere haben die grösseren Probleme. (...) Und irgendwann ist dann einfach wirklich dieser Punkt gekommen, wo ich gedacht habe, nein ich schaffe es einfach wirklich nicht allein. Und ich will einfach glücklicher sein in meinem Leben!“

5.2.5.5 Stigmatisierung, Autonomie und Schutz als zentrale Motive beim Hilfesuchverhalten

Während der Auswertung ergaben sich weitere Variablen, die im Hilfesuchprozess bedeutend sind. Dies sind Angst, Autonomie, Beziehungsaufnahme und das Dilemma der Entscheidungsfindung zwischen Angst und Autonomie.

Angst, Scham Stigma

Die Angst verändert sich während des Prozesses von der Angst, sich von anderen zu unterscheiden (Selbststigmatisierung) zur Angst, dass andere, wenn die Zuordnung zu einer Störung mit Krankheitswert erfolgt ist, stigmatisieren (Fremdstigmatisierung). Schliesslich richtet sich die Angst auf die (phantasierte) Therapeutin.

Autonomie, eigene Ressourcen, Entschlossenheit und Selbstwahrnehmung

Die Autonomie ist ein stabiler, hoch und positiv besetzter Wert in unserer Kultur. Sie wird von minorisierten und stigmatisierten Gruppen¹⁷³ benutzt, um sich zu emanzipieren. Ihr Gegenstück ist die Heteronomie, die im Gegensatz zur Autonomie die Fremdgesetzlichkeit bzw. -bestimmtheit und bedeutet. Die vorliegenden Ergebnisse weisen auf die Bedeutung der Autonomie hin. Bei der inneren Beschäftigung mit dem Vorhaben, sich professionelle Hilfe zu suchen, muss die künftige Patientin etwas den Abhängigkeitsängsten entgegensetzen. Dies geschieht mit dem Versuch, die Situation zu kontrollieren und selber zu gestalten, indem die Autonomie betont wird.

Frau 7 sagte, dass sie nicht mehr kann, „aber auch: ich will nicht mehr“, Frau 15 hat genau gewusst „was ich eigentlich will oder was ich nicht mehr will. Und das hat dann nicht unbedingt mit dieser Person zu tun, die ich konsultiere, sondern mit mir, was und wie ich das gestalte dort“. Ebenso war für Frau 17 klar, „dass ich das möchte und brauche“. Frau 25 sagt dazu „...ich entscheide, ob ich da gehe oder nicht. Und ich kann jederzeit wieder abbrechen“ oder Frau 27, die nicht wollte, „dass dann die Therapeutin das Gefühl hat, sie könne mich jetzt jahrelang als Klientin anschauen und dann habe ich das grad am Anfang klargestellt, dass ja, dass ich das dann sicher nicht will“.

Die Autonomie wird gebraucht, um die drohende Stigmatisierung, die kontinuierlich den gesamten Inanspruchnahmeprozess begleitet, abzuwenden oder zumindest zu kontrollieren. Während die Stigmatisierung im Bereich der psychischen Störungen und deren Behandlungen

¹⁷³ Beispiel „Autonomie am Lebensende“ vom Humanistischen Verband Deutschland 2003

gut dokumentiert ist, und einige Studien die Verbindung zwischen Stigma und Vermeidung von Behandlung unterstützen, fehlt bisher der Nachweis, dass auch bei den Personen, die den Psychotherapie-Inanspruchnahmeprozess erfolgreich durchlaufen, die Stigmatisierung und deren Bewältigung bedeutend ist.

Beziehungsaufnahme

Der Prozess der Psychotherapie-Inanspruchnahme kann unter dem Aspekt der Beziehungsaufnahme betrachtet werden. Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den erfolgreichen therapeutischen Prozess ist das am besten belegte Ergebnis der Psychotherapieforschung (Howard et al. 1994). Denn Psychotherapie ist ein personenabhängiges Geschehen (Brechtbühler 2003, Franz 1997). Die Psychotherapiemotivation oder Compliance ist abhängig von Atmosphäre und Person (Strauss et al. 1991, Faller et al. 1997).

Thure von Üxküll (1998) betrachtet die Arzt-Patient-Beziehung in der psychosomatischen Medizin nicht als zwei unabhängig voneinander existierende Größen, die sich zufällig begegnen, sondern als Partner einer spezifischen Beziehung, in der jeder der beiden ein Element in der Wirklichkeit des andern sei. Die Wirklichkeit der Probandin ist das innere Erleben, aufgespannt zwischen Angst und Bedürfnis nach Schutz, aber auch autonomen Bewegungen, die helfen, in der Beziehung möglichst selbständig bleiben zu können, stehen der „Furcht, in die Objektbeziehung zu gleiten“ (Grunberger 1991) gegenüber.

Mit der integrierten psychosomatischen Medizin fordert von Üxküll (1994), dass der Arzt lernt, „die Zeichen, die den Patienten auf den verschiedenen Integrationsebenen seines Körpers - der vegetativen, der animalischen und der humanen - erreichen, zu deuten und ihrer Bedeutung entsprechend zu beantworten“ (S. 33).

Die Ergebnisse verweisen auf die Sensibilität der Beziehungsaufnahme; die Stimme auf dem Telefonbeantworter wird geprüft und ausgewählt, mit ersten Fragen wird schon bei der Terminfixierung Wesentliches angetönt oder erfragt. Die Fantasien bezüglich der Therapeutin kreisen darum, ob die Probleme der Patientin „schwer genug“ seien, um eine Psychotherapiepatientin zu werden und gleichzeitig, ob die Therapeutin genügend Raum und Eigenverantwortung für die Patientin gewährleisten könne.

Moment des Entschlusses: Ausweg aus dem Dilemma

Bereits 1980 formulierten Zeldow und Greenberg die Rolle der unterschiedlichen Bedürfnisse nach Schutz beziehungsweise nach Autonomie, zwei Faktoren, welche beim Hilfesuchverhalten zentral seien. Sie fanden in ihrer Untersuchung (siehe Kap. 2.4.2.3), dass eher liberal eingestellte Studenten eher Autonomiewünsche zeigten, während eher traditionell eingestellte Studenten eher das Bedürfnis nach Schutz zeigten.

Heute werden die Autonomiewünsche der Patienten betont. Diese werden im Gegensatz zu früher nicht als passive Hilfsempfänger, sondern als aktive „Konsumenten“ (Kächele 2000) angesehen, die eine „Dienstleistung“ benutzen und sich partnerschaftlich in der Hilfebeziehung bewegen können (Meadows et al. 2000).

Die Psychotherapieaufnahme ist nach Nadler (1991) ein komplexer Hilfesuchprozess, den sie nicht dichotomisch, als Hilfesuchverhalten versus Nichthilfesuchverhalten, sondern als einen dynamischen Prozess, welcher sich erst mit der Zeit enthülle, betrachtet. Manches Verlangen nach Hilfe sei verkleidet und verhüllt, während anderes direkt sei.

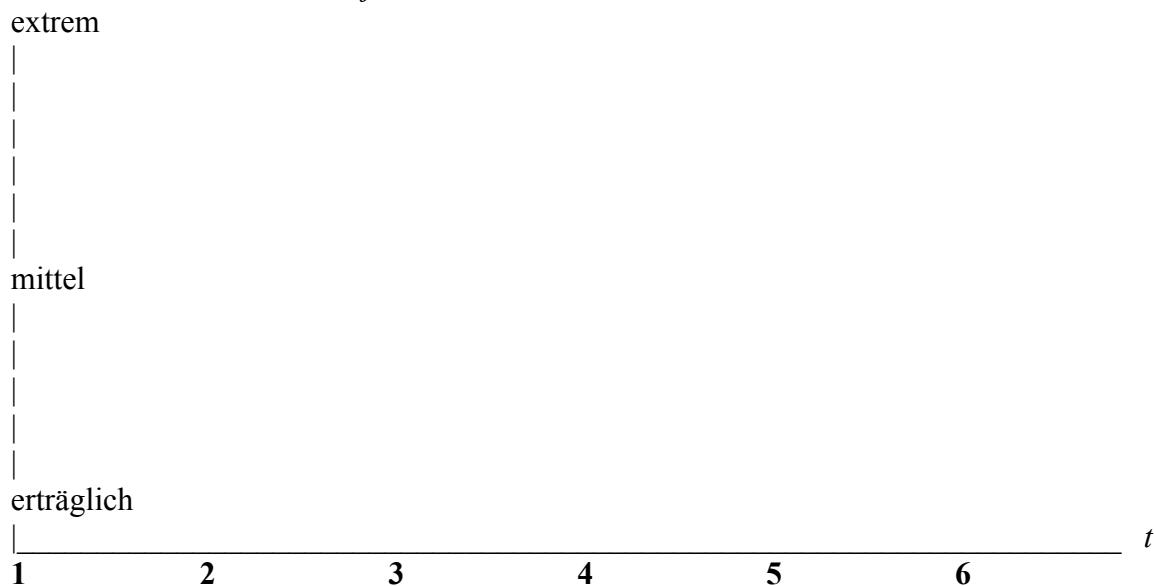
Schliesslich sei die Entscheidung, keine Hilfe zu suchen, vieldeutig. Sie könne Hilflosigkeit wie Passivität bedeuten, aber auch die Entscheidung, sich mehr auf die Selbsthilfe zu konzentrieren. Obwohl beide Gründe zum selben Resultat der Nichtinanspruchnahme führten, repräsentierten sie ganz verschiedene Motive. Diesen komplexen Prozess der Hilfsuche verstehen zu können, verlange nach einer dynamischen und differenzierten Sicht des Hilfesuchprozesses (Nadler 1991).

5.2.6 Befindlichkeitsgraphik

Die vorliegende Graphik soll noch einmal den im Interview besprochenen Inanspruchnahmeprozess nachzeichnen, unter dem Aspekt des Leidensdruckes.

Abb 26: Leidensdruckgraphik:

Leidensdruckintensität: subjektives Ausmass des Leidensdruck

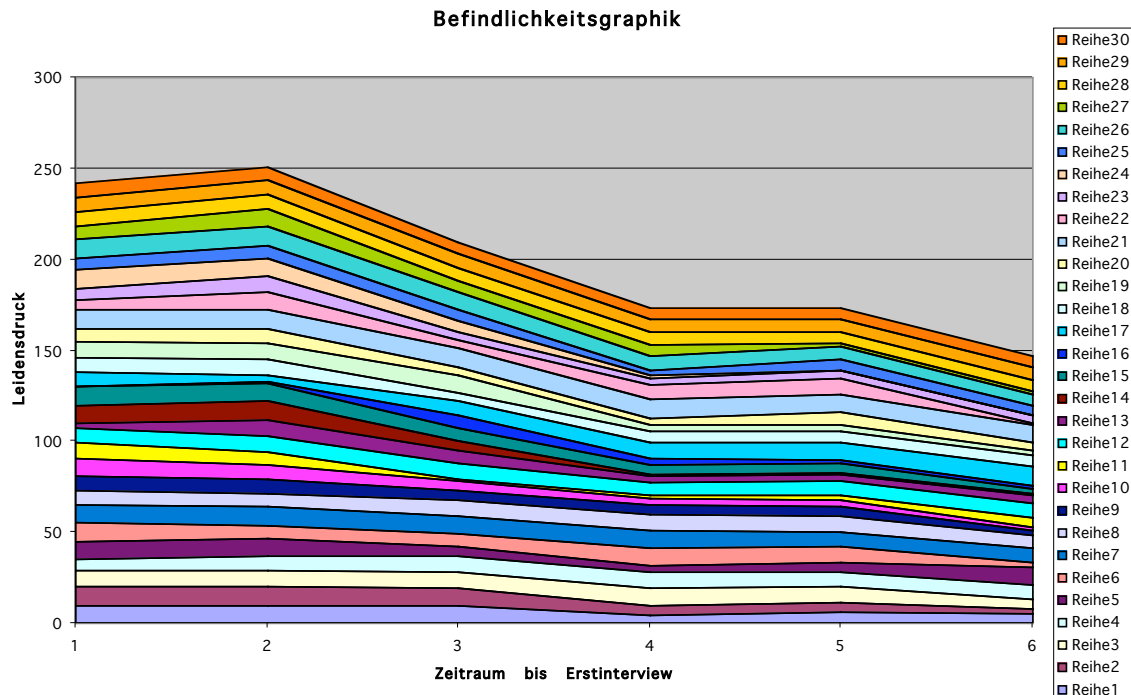


t: Zeitraum bis Erstinterview mit folgenden Zeitpunkten:

1. Erstmaliges Auftreten der psychischen Störung
2. Interpretation zu Symptomen
3. Entscheidung, Hilfe aufzusuchen
4. Kontaktaufnahme
5. Erstgespräch
6. Nach Erstgespräch

Abb 27: Befindlichkeitsgraphik:

Leidensdruckintensität:



Horizontal: Zeitraum bis Erstinterview mit folgenden Zeitpunkten:

7. Erstmaliges Auftreten der psychischen Störung
8. Interpretation zu Symptomen
9. Entscheidung, Hilfe aufzusuchen
10. Kontaktaufnahme
11. Erstgespräch
12. Nach Erstgespräch

Die Graphik zeigt, dass nach dem Erstgespräch eine weitere Entspannung erfolgt, die Kurve des Leidensdrucks fällt leicht ab.

Der grösste Leidensdruck geht mit der ersten Wahrnehmung der psychischen Symptome einher und fällt bei den nächsten Schritten kontinuierlich ab. Einzig eine flache, nicht absteigende Bewegung erfolgt vor dem Erstgespräch, das oft von gesteigerter Angst und Erwartung begleitet wird (Eckstaedt 1992). Wie verschiedene Arbeiten vor allem aus der Praxis zeigen, ist die Zeit zwischen dem ersten Telefon zur Terminvereinbarung und dem Erstgespräch von Phantasien über die Person des Therapeuten geprägt (Benz 1988, Stroczan 1993, König 1994, Keil-Kuri 1995).

Nach Buchholz (1987) überlegt sich der Patient, „wer sein Gesprächspartner sein wird, wie und ob ein Kontakt zustande kommt, bedenkt ihn mit Phantasien, vergleicht ihn mit Figuren der näheren oder fernerer Vergangenheit“ (S. 99). Damit entstehe zwischen Patient und Therapeut ein ausphantasierter Beziehungsraum. Stroczan (1993) spricht von einer „antizipatorischen Beziehung“ (S. 87) zum Therapeuten, in die sich der Patient begäbe.

5.3 PSTQ

Der PSTQ (Process of Seeking Therapy Questionnaire) wurde von Saunders (1993) entwickelt. Der Fragebogen zum Prozess der Psychotherapieaufnahme, der in vier Schritten verläuft (Problemerkennung; Entscheidung, dass Therapie helfen könnte; Entscheidung, Therapie aufzusuchen; Kontaktaufnahme), erfasst, wie schwierig und wie lange die Probanden die einzelnen Schritte retrospektiv einschätzten, und wer ihnen, wenn überhaupt jemand, dabei geholfen hatte.

Saunders (1993) befragte Personen, die sich am Institut für Psychiatrie der Northwestern University für eine ambulante Psychotherapie anmeldeten. Das ambulante Psychotherapieprogramm der Universität bietet langfristige und psychodynamisch orientierte Psychotherapien an, was ein vergleichbares Angebot zu dem der Frauenstelle für Beratung und Therapie in Winterthur ist. Wie in der vorliegenden Studie wird damit auch „that minority of emotionally disturbed persons that does seek mental health services“ (S. 560) untersucht.

275 Probanden füllten den PSTQ aus, 90% von ihnen wiesen eine Collegeausbildung vor, vergleichbar zur häufigen mittleren Ausbildungsdauer der Probandinnen in der vorliegenden Studie (Kap. 5.3.2). Die meisten Teilnehmer in Saunders (1993) Studie waren weiblich (73,5%), in der vorliegenden Studie wurden bekanntlich aus Gründen der Homogenität nur Frauen befragt.

60% der Teilnehmer der Studie von Saunders (1993) hatten vorangegangene psychotherapeutische Erfahrungen, in der vorliegenden Studie berichteten nur 10 Probandinnen, also ein Drittel, von vorherigen Psychotherapien.

Das Alter der Teilnehmer ist in beiden Studien ähnlich: Saunders (1993) Teilnehmer waren zwischen 18 und 62 Jahre alt, mit einem Durchschnittsalter von 32 Jahren; die Probandinnen der vorliegenden Studie waren zwischen 18 und 57 Jahren alt, mit einem Durchschnittsalter von 34 Jahren.

Im folgenden werden die vier Frageblöcke dargestellt. Sie enthalten je drei Fragetypen. Erstens: Wie schwierig fanden Sie es? Zweitens: Wie lange brauchten Sie dafür? Drittens: Wurden Sie dabei von jemandem unterstützt? Im folgenden wird die Skala mit der Anzahl Antworten zur Orientierung, das Diagramm zur optischen Verdeutlichung, anschliessend der Vergleich der beiden Studien dargestellt. Schliesslich wird mittels Kreuztabelle ein allfälliger Zusammenhang der beiden Faktoren „Schwierigkeit“ und „Zeitspanne“ gezeigt.

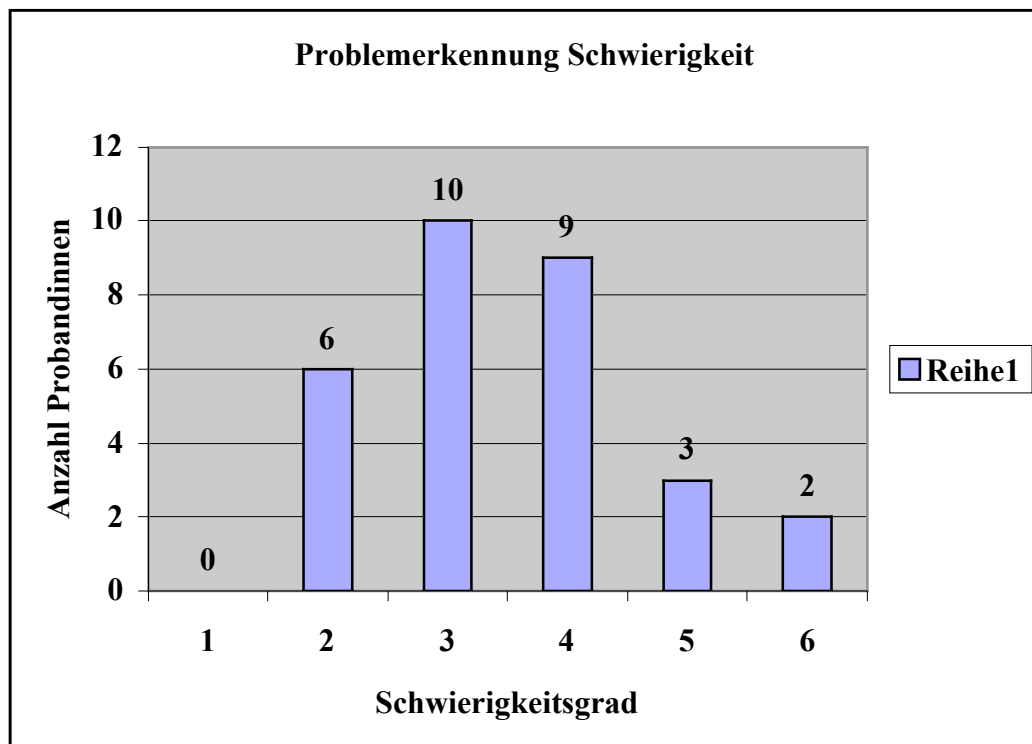
5.3.1 Problemerkennung

5.3.1.1 Problemerkennung: Schwierigkeit

Die Probandinnen beantworteten die Frage, wie schwierig sie es fanden, das Problem zu erkennen, in der vorgegebenen Skala von 1 bis 6. 16 Probandinnen wählten dabei innerhalb der Punkte 1 bis 3, zusammengefasst als „schwierig“, 14 Probandinnen wählten innerhalb der Punkte 4 bis 6, zusammengefasst als „einfach“.

1 extrem hart	0	
2 sehr hart	6	16 schwierig
3 ziemlich hart	10	
4 ziemlich einfach	9	
5 sehr einfach	3	14 einfach
6 extrem einfach	2	

Abb. 28: Diagramm: Schwierigkeit bei der Problemerkennung:



Die Antworten zeigen eine Konzentration auf die items 2 bis 4, keine Probandin wählte Punkt 1 „extrem schwierig“, werden sie jedoch nach den zusammengefassten Werten „schwierig“ und „einfach“ dargestellt, verteilen sie sich mit 16 zu 14 Antworten.

In Prozentzahlen und im Vergleich zu Saunders (1993) Studie zeigen sich folgende Ergebnisse der vorliegenden Studie. Sie stehen zur bessern Übersicht unter der Zeile der möglichen items, die die Probandinnen ankreuzen sollten:

Abb. 29: Vergleich der beiden Studien bezüglich der Schwierigkeit:

Wie schwierig war es für Sie zu erkennen, dass Sie ein Problem haben? (recognizing the problem?)

1-----	2-----	3-----	4-----	5-----	6-----
extrem hart	sehr hart	ziemlich hart	ziemlich einfach	sehr einfach	extrem einfach
Saunders Studie:					
13,1%	16,0%	26,9%	18,5%	15,3%	10,2%
Vorliegende Studie:					
0%	20%	33,3%	30%	10%	6,6%

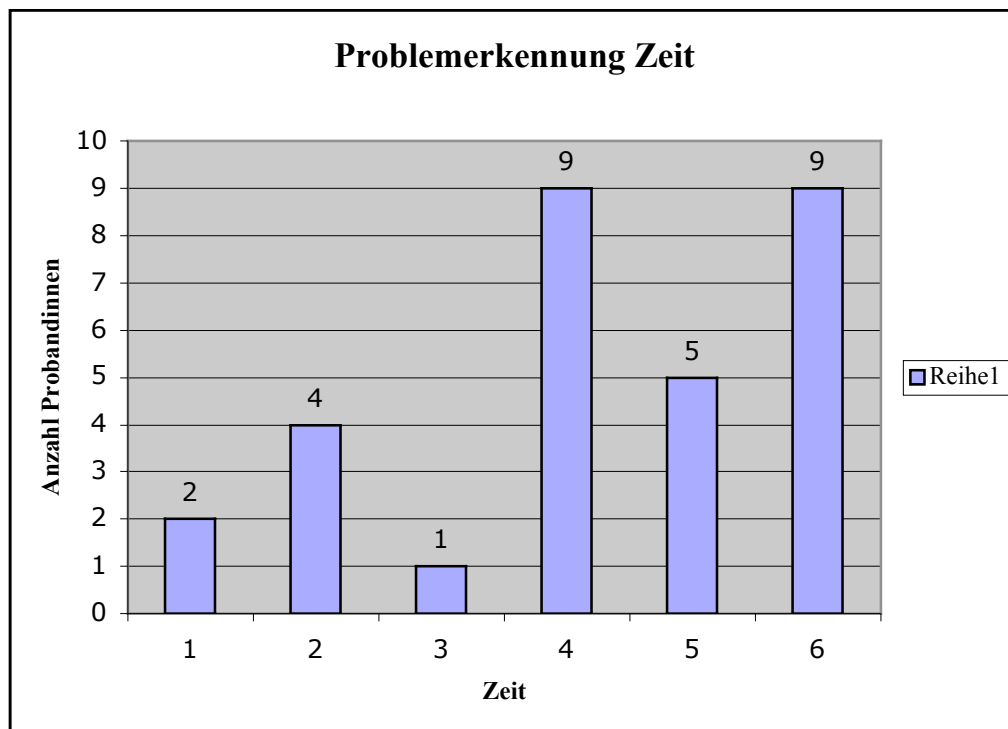
Beide Gruppen zeigen die höchsten Werte bei Punkt 3, fanden „ziemlich hart“, zu erkennen, dass sie ein Problem haben. Knapp zwei Drittel der Probandinnen unterschieden zwischen „ziemlich hart“ und „ziemlich einfach“. Ein Fünftel der Probandinnen der vorliegenden Studie empfanden es als „sehr hart“, das Problem erkennen zu können.

5.3.1.2 Problemerkennung: zeitlich

Die Probandinnen beantworteten die Frage, wie lange sie brauchten, das Problem zu erkennen, auf einer Skala von 1 bis 6, wie unten aufgeführt:

1 gradewegs im selbem Moment	2	
2 etwa eine Woche	4	7 kurz
3 etwa ein Monat	1	
4 ein paar Monate	9	
5 etwa ein Jahr	5	23 lang
6 mehr als ein Jahr	9	

Abb. 30: Diagramm: Zeitspanne bei der Problemerkennung:



Die Mehrheit der Probandinnen der vorliegenden Studie brauchte zwischen „ein paar Monaten“ und „mehr als ein Jahr“ Zeit, das Problem zu erkennen. Ganz vergleichbar zur Gruppe von Saunders (1993), bei denen die am besten Ausgebildeten und diejenigen, die mit Vertrauten darüber im Gespräch waren, besonders lange brauchten, das Problem zu erkennen.

Abb. 31: Vergleich der beiden Studien bezüglich der Zeitspanne:

Wie lange dauerte es für Sie zu erkennen, dass Sie ein Problem haben?

1-----2-----3-----4-----5-----6					
gradewegs im selbem Moment	etwa eine Woche	etwa ein Monat	ein paar Monate	etwa ein Jahr	mehr als ein Jahr

Saunders Studie:

13,8% 3,3% 10,2% 24,0% 13,1% **35,6%**

Vorliegende Studie:

6,6% 13,3% 3,3% 30% 16,6% **30%**

Beide Untersuchungsgruppen brauchten längere Zeit bei der Problemerkennung.

Abb 32: Kreuztabelle: Problemerkennung der Probandinnen der vorliegenden Studie

	kurz	lang	
einfach	6	8	14
schwierig	1	15	16
	7	23	30

Die Kreuztabelle zeigt den Zusammenhang zwischen Zeit und Schwierigkeit der Probandinnen der vorliegenden Studie. Dabei wurden die 6 Werte zusammengefasst, die Werte 1 bis 3 wurden zu „schwierig“ resp. „kurz“, die Werte 3 bis 6 wurden zu „einfach“ resp. „lang“. Diejenigen, die die Problemerkennung schwierig fanden, brauchten auch am längsten dafür. Die Hälfte, 15 Probandinnen der vorliegenden Studie fanden die Problemerkennung lang und schwierig, die Mehrheit, 23 Probandinnen fanden den Prozess lang.

5.3.1.3 Soziale Unterstützung

In Saunders (1993) Studie bekamen 56,7% der Personen Hilfe bei diesem ersten Schritt, das Problem zu erkennen.

Von den Probandinnen der vorliegenden Studie bekamen 22 Probandinnen (72,6%) Hilfe bei diesem ersten Schritt, davon waren nebst 18 Vertrauten 2 mal Hausärzte und eine Gynäkologin genannt.

Wie sich auch in den nächsten Schritten zeigen wird, werden in beiden Gruppen mehr als die Hälfte der Probanden von anderen Personen unterstützt.

5.3.2 Psychotherapie kann helfen

5.3.2.1 Psychotherapie kann helfen: Schwierigkeit

Die Probandinnen beantworteten die Frage, wie schwierig sie es fanden, zum Schluss zu kommen, dass Psychotherapie helfen kann, in der vorgegebenen Skala von 1 bis 6. Die Antworten waren wie folgt verteilt:

1 extrem hart	0	
2 sehr hart	2	15 schwierig
3 ziemlich hart	13	
4 ziemlich einfach	7	
5 sehr einfach	4	15 leicht
6 extrem einfach	4	

Abb. 33: Schwierigkeit bei der Erkenntnis, dass Psychotherapie helfen kann:

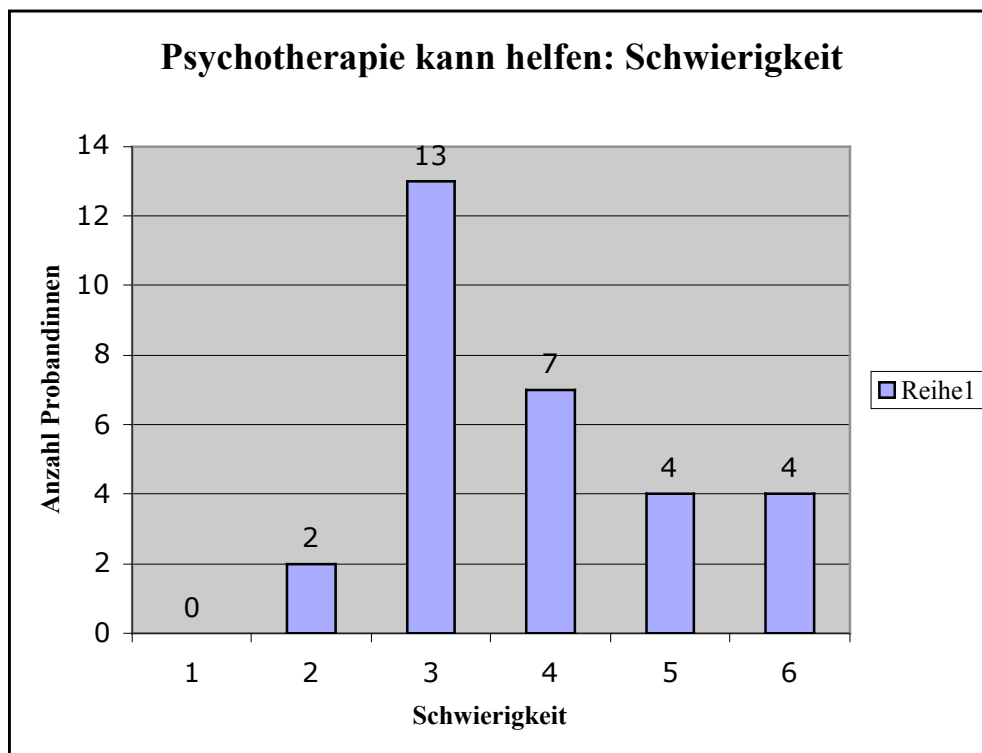


Abb. 34: Vergleich der beiden Studien bezüglich der Schwierigkeit

Wie schwierig war es für Sie zu entscheiden, dass Psychotherapie helfen könnte? (deciding therapy might help)

1-----2-----3-----4-----5-----6
 extrem sehr ziemlich ziemlich sehr extrem

hart	hart	hart	einfach	einfach	einfach
Saunders Studie:					
8,4%	6,5%	25,1%	26,2%	20,4%	13,5%
Vorliegende Studie:					
0%	6,6%	43,3%	23,3%	13,3%	13,3%

Im Gegensatz zu Saunders (1993) Gruppe zeigen die Probandinnen der vorliegenden Studie die höchste Antwortzahl mit 43,3% bei „ziemlich hart“, zu entscheiden, dass Psychotherapie helfen könnte. Dies entspricht der grossen Erleichterung und Verminderung des Leidensdrucks nach der Zuordnung der seelischen Probleme zu Symptomen in der Befindlichkeitsgraphik (Kap. 5.1.5).

5.3.2.2 Psychotherapie kann helfen: zeitlich

13 Probandinnen brauchten einen kürzeren Zeitraum, um zu erkennen, dass Psychotherapie hilft, 17 Probandinnen einen längeren Zeitraum von „ein paar Monaten“ bis „mehr als ein Jahr“ an.

1 gradewege im selbem Moment	2	
2 etwa eine Woche	6	13 kurz
3 etwa ein Monat	5	
4 ein paar Monate	7	
5 etwa ein Jahr	2	17 lang
6 mehr als ein Jahr	8	

Abb. 35: Zeitspanne bis zur Erkenntnis, dass Psychotherapie helfen kann:

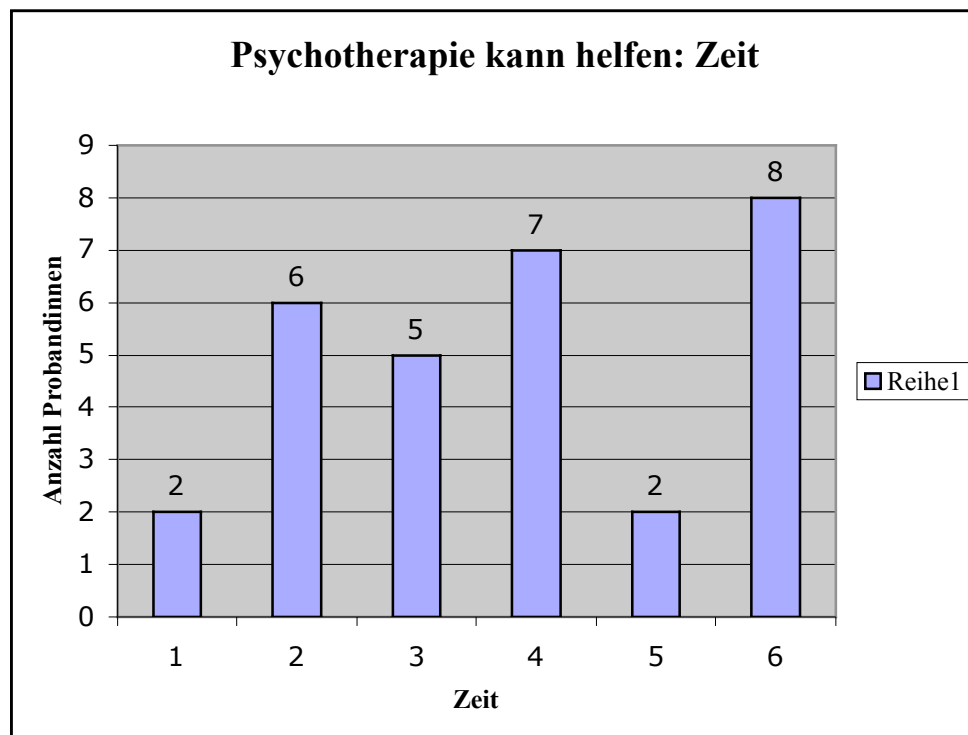


Abb. 36: Zeitspanne bis zur Erkenntnis, dass Psychotherapie helfen kann:

Wie lange dauerte es für Sie zu entscheiden, dass Psychotherapie helfen könnte? (deciding therapy might help)

1-----2-----3-----4-----5-----6
 gradewegs im etwa eine etwa ein Monat ein paar etwa ein Jahr mehr als ein
 selben Moment Woche Monat Monate Jahr Jahr

Saunders Studie:

17,5% 6,2% 14,9% **28,7%** 9,8% 22%

Vorliegende Studie:

6,6% 20% 16,6% 23,3% 6,6% **26,6%**

Die Werte sind fast gleichmässig verteilt.

Abb. 37: Kreuztabelle: Schwierigkeit und Zeitspanne bis zur Erkenntnis, dass Psychotherapie helfen kann

	kurz	lang	
schwierig	6	9	15
einfach	7	8	15
	13	17	

Hier sind die Werte fast gleichmässig verteilt, was auch mit der etwas schwer verständlichen Frage zu tun haben könnte, ist doch die Erkenntnis, dass Psychotherapie helfen kann, nicht so deutlich erinnerbar.

5.3.2.3 Soziale Unterstützung

Saunders (1993) fand 65,1% der Teilnehmer, die in diesem zweiten Schritt unterstützt wurden. In der vorliegenden Studie wurden 24 Probandinnen (79,2%) unterstützt. 17 mal wurden Vertraute genannt, 4 mal der Hausarzt und 5 mal eine Gynäkologin. 6 Probandinnen nannten niemand.

5.3.3 Entscheidung, Psychotherapie aufzusuchen

5.3.3.1 Entscheidung, Psychotherapie aufsuchen: Schwierigkeit

Die Probandinnen beantworteten die Frage, wie schwierig sie es fanden, zum Schluss zu kommen, dass Psychotherapie helfen kann, in der vorgegebenen Skala von 1 bis 6. Die Antworten waren wie folgt verteilt:

1 extrem hart	1	
2 sehr hart	1	13 schwierig
3 ziemlich hart	11	
4 ziemlich einfach	9	
5 sehr einfach	5	17 leicht
6 extrem einfach	3	

Abb. 38: Schwierigkeit bei der Entscheidung, Psychotherapie aufzusuchen:

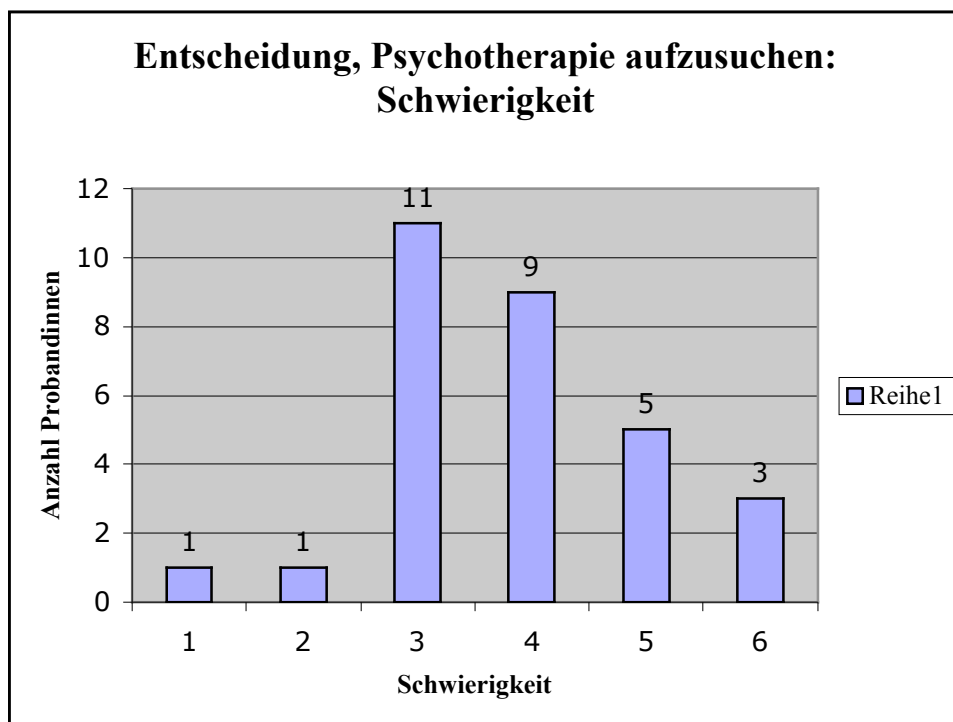


Abb. 39: Vergleich der beiden Studien bezüglich der Schwierigkeit:

Wie schwierig war es für Sie zu entscheiden, Psychotherapie aufzusuchen? (deciding to seek therapy)

1-----	2-----	3-----	4-----	5-----	6-----
extrem hart	sehr hart	ziemlich hart	ziemlich einfach	sehr einfach	extrem einfach
Saunders Studie:					
7,6%	7,6%	24%	28,4%	20%	12,4%
Vorliegende Studie:					
3,3%	3,3%	36,6%	30%	16,6%	10%

Wieder im Unterschied zur Gruppe von Saunders (1993) fanden die Probandinnen der vorliegenden Studie mit 36,6% es „ziemlich hart“, zu entscheiden, Psychotherapie aufzusuchen.

5.3.3.2 Entscheidung, Psychotherapie aufsuchen: zeitlich

Die Entscheidung, Psychotherapie aufzusuchen, wurde von 19 Probandinnen in einer kurzen Zeitspanne vom selben Moment bis zu einem Monat gefällt.

1 gradewegs im selbem Moment	6	
2 etwa eine Woche	7	19 kurz
3 etwa ein Monat	6	
4 ein paar Monate	4	
5 etwa ein Jahr	2	11 lang
6 mehr als ein Jahr	5	

Abb. 40: Diagramm: Zeitspanne bei der Entscheidung, Psychotherapie aufzusuchen:

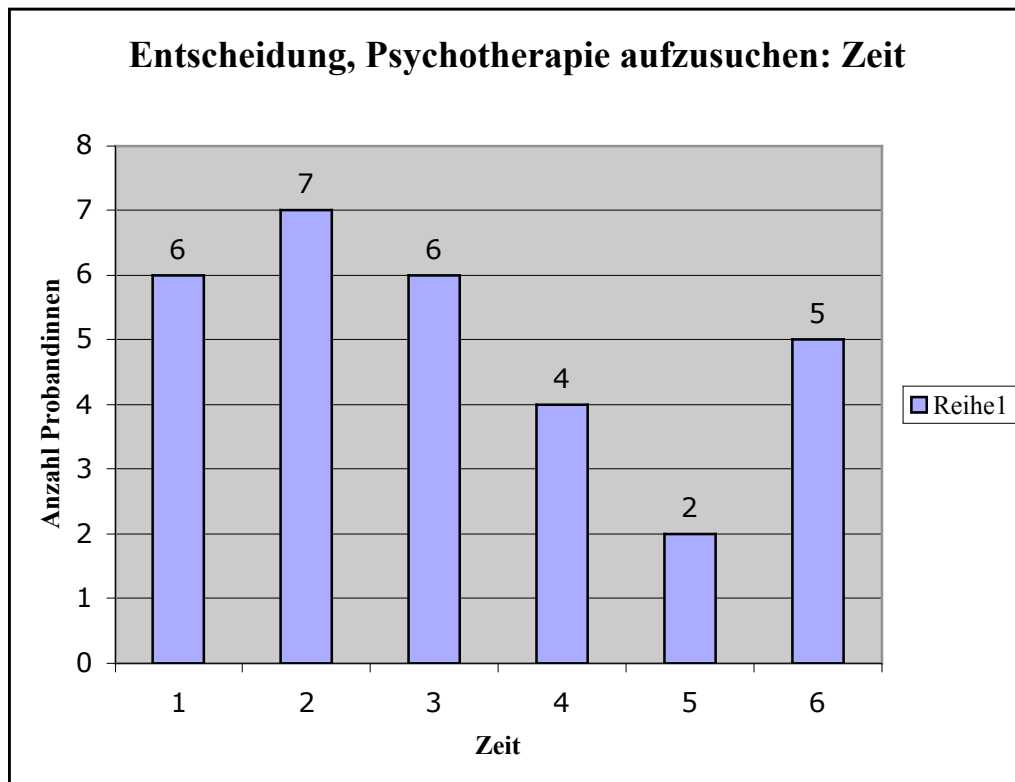


Abb 41: Zeitspanne bei der Entscheidung, Psychotherapie aufzusuchen:

Wie lange dauerte es für Sie zu entscheiden, Psychotherapie aufzusuchen? (deciding to seek therapy)

1-----2-----3-----4-----5-----6					
gradewegs im selbem Moment	etwa eine Woche	etwa ein Monat	ein paar Monate	etwa ein Jahr	mehr als ein Jahr

Saunders Studie:

26,5%	13,8%	20,4%	18,5%	6,2%	14,5%
--------------	-------	-------	-------	------	-------

Vorliegende Studie:

20%	23,2%	20%	13,3%	6,6%	16,6%
-----	--------------	-----	-------	------	-------

Die beiden höchsten Werte sind bei beiden Studien im Bereich von einem Moment bis zu einem Monat.

Abb. 42: Kreuztabelle: Schwierigkeit und Zeitspanne bei der Entscheidung, Psychotherapie aufzusuchen

	kurz	lang	
schwierig	4	9	13
einfach	15	2	17
	19	11	30

Kurz und einfach ist die Kombination mit den höchsten Werten für die Probandinnen der vorliegenden Studie.

5.3.3.3 Soziale Unterstützung

In Saunders (1993) Gruppe wurden 55,6% unterstützt, 21 (70%). Probandinnen der vorliegenden Studie wurden von 19 Vertrauten unterstützt. 3 mal waren andere Fachpersonen, 2 mal Hausärzte genannt. 9 Probandinnen nannten niemand, der sie unterstützte.

5.3.4 Kontaktaufnahme

5.3.4.1 Kontaktaufnahme: Schwierigkeit

Die Probandinnen beantworteten die Frage, wie schwierig sie es fanden, zum Schluss zu kommen, dass Psychotherapie helfen kann, in der vorgegebenen Skala von 1 bis 6. Die Antworten waren wie folgt verteilt:

1 extrem hart	1	
2 sehr hart	3	17 schwierig
3 ziemlich hart	13	
4 ziemlich einfach	7	
5 sehr einfach	5	13 leicht
6 extrem einfach	1	

Abb. 43: Diagramm: Schwierigkeit bei der Kontaktaufnahme:

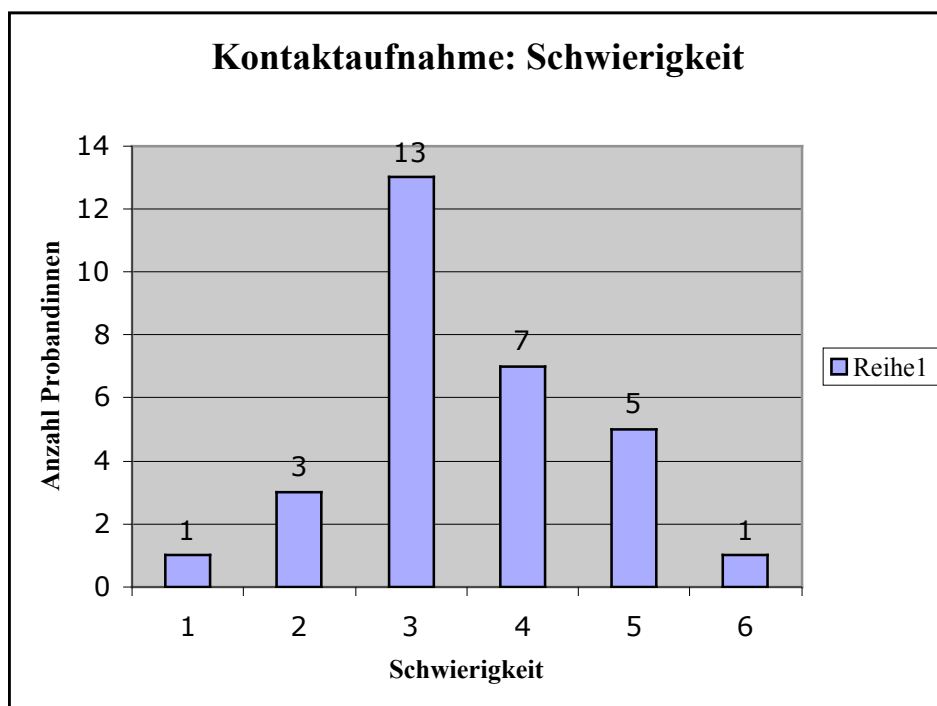


Abb. 44: Vergleich der beiden Studien bezüglich der Schwierigkeit

Wie schwierig war es für Sie für einen ersten Termin anzurufen, eine Fachperson zu kontaktieren? (contacting the mental health system)

1-----2-----3-----4-----5-----6
 extrem sehr ziemlich ziemlich sehr extrem
 hart hart hart einfach einfach einfach

Saunders Studie:

5,1% 7,6% 23,6% 23,3% 25,8% 14,5%

Vorliegende Studie:

3,3% 10% **43,3%** 23,3% 16,6% 3,3%

Im Gegensatz zu Saunders (1993) Stichprobe, empfand die Stichprobe der vorliegenden Studie die Kontaktaufnahme mit 43,3% als ziemlich hart. Dies könnte damit zu tun haben, dass 90% der Teilnehmer von Saunders Gruppe eine Collegeausbildung aufwiesen, und da im amerikanischen Schulsystem auf dem Campus psychotherapeutische Anlaufstellen angeboten werden, sind sich diese wahrscheinlich eher gewohnt, sich an solche Stellen zu wenden. Ausserdem untersuchte Saunders (1993) innerhalb eines universitären und damit eines öffentlichen Instituts. Sich an öffentliche Stellen zu wenden, ist niederschwelliger, als selber im Telefonbuch nachschauen zu müssen.

5.3.4.2 Kontaktaufnahme: zeitlich

Die Zeitspanne der Kontaktaufnahme, nachdem die Entscheidung zur Psychotherapie gefällt wurde, geht meist nur kurz.

1 gradewegs im selbem Moment	7	
2 etwa eine Woche	11	24 kurz
3 etwa ein Monat	6	
4 ein paar Monate	4	
5 etwa ein Jahr	1	6 lang
6 mehr als ein Jahr	1	

Abb. 45: Diagramm: Zeitspanne bei der Kontaktaufnahme:

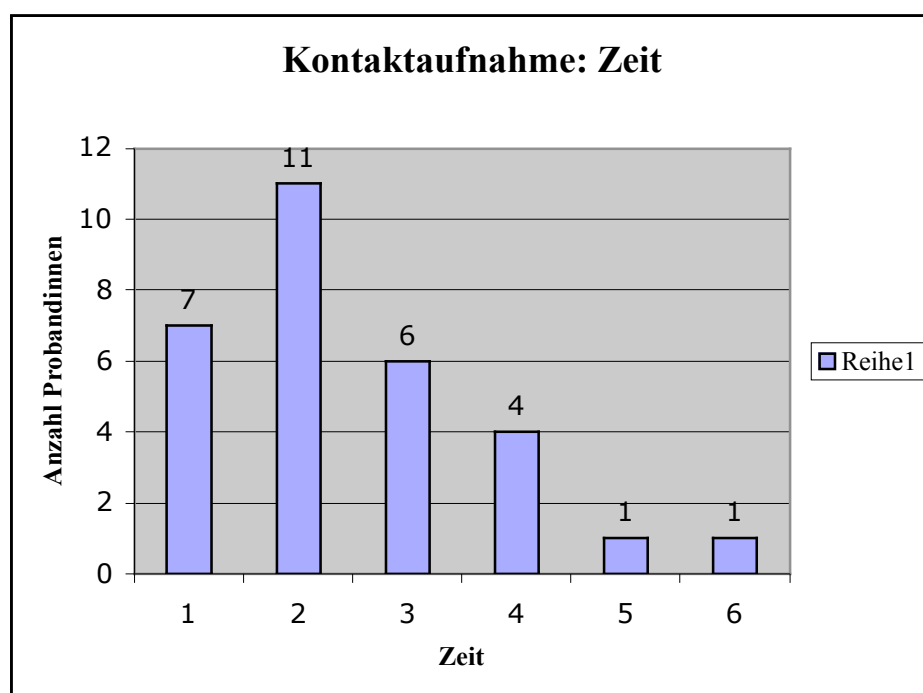


Abb. 46: Vergleich der beiden Studien bezüglich der Zeitspanne:

Wie lange dauerte es für Sie für einen ersten Termin anzurufen, eine Fachperson zu kontaktieren? (contacting the mental health system)

1-----2-----3-----4-----5-----6					
gradewegs im selben Moment	etwa eine Woche	etwa ein Monat	ein paar Monate	etwa ein Jahr	mehr als ein Jahr

Saunders Studie:

38,9%	21,1%	18,5%	12%	1,1%	8,4%
-------	-------	-------	-----	------	------

Vorliegende Studie:

23,3% **36,6%** 20% 13,3% 3,3% 3,3%

Wie Saunders Probanden brauchten auch die meisten Probandinnen der vorliegenden Studie (24 Interviewpartnerinnen) nicht lange Zeit, um Kontakt aufzunehmen. Dieser Schritt scheint zügiger gemacht werden zu können, als die vorangegangenen Schritte.

Abb. 47: Kreuztabelle: Schwierigkeit und Zeitspanne bei der Kontaktaufnahme

	kurz	lang	
schwierig	12	5	17
einfach	12	1	13
	24	6	30

Die meisten Probandinnen brauchten nur kurze Zeit (24 Interviewpartnerinnen) und fanden es zu gleichen Teilen schwierig und einfach. Nur eine Probandin fand es lang und einfach.

5.3.4.3 Soziale Unterstützung

Saunders (1993) fand beim letzten Schritt 72%, die Hilfe von anderen bekamen; 15 Probandinnen (50%) der vorliegenden Studie bekamen Hilfe beim letzten Schritt. 9 Vertraute nur wurden genannt, also deutlich weniger als in den drei vorangegangenen Schritten. 3 andere Fachleute und 2 mal Hausarzt wurde genannt. 15 Probandinnen, viel mehr als in den vorangegangenen Schritten, nannten niemanden, der sie bei der Kontaktaufnahme unterstützte.

5.3.6 Zusammenfassung PSTQ Saunders (1993) im Vergleich zur vorliegenden Studie

1. Schritt: **Problemerkennung:** Sowohl die Probandinnen der vorliegenden Studie als auch Saunders Gruppe hatten die höchsten Werte bei „ziemlich hart“, die Probleme wahrzunehmen. Ebenso gaben beide Gruppen an, bei diesem Schritt am längsten, nämlich „mehr als ein Jahr“ Zeit gebraucht zu haben.

2. Schritt: Einsicht, dass **Psychotherapie helfen kann:** Gegenüber Saunders Gruppe, die gleichmässig verteilt die Schritte etwa gleich schwierig und gleich schnell unternehmen

konnte, fanden 43,3% der Probandinnen der vorliegenden Studie „ziemlich hart“ zu entscheiden, dass Psychotherapie helfen könnte.

3. Schritt: Psychotherapie aufsuchen: Beide Gruppen fanden den 3. Schritt etwa gleich schwierig und gleich schnell zu unternehmen. Die Probandinnen der vorliegenden Studie zeigten dabei mit 36,6% den höchsten Wert bei der Schwierigkeit mit „ziemlich hart“.

4. Schritt: Kontaktaufnahme: Mit 43% die Schwierigkeit des vierten Schrittes als „ziemlich hart“ zu beurteilen, waren sich die Probandinnen der vorliegenden Studie bei dieser Frage am meisten einig. Saunders Gruppe fand diesen Schritt gleichmässig schwierig. Ebenso sind die beiden Gruppen ähnlich in der Geschwindigkeit, diesen Schritt auszuführen.

Soziale Unterstützung

Im folgenden der Vergleich mit den Prozentzahlen der Stichprobe von Saunders und der Probandinnen der vorliegenden Untersuchung:

Abb. 48: Die Menge der von Vertrauten oder Fachpersonen unterstützten Personen in den beiden Untersuchungen

	1. Schritt	2. Schritt	3. Schritt	4. Schritt
Saunders				
Studie:	56,6%	65,1%	55,6%	72%
Vorliegende				
Studie:	72,6%	79,2%	70%	50%

Bei den ersten drei Schritten zeigten die Probandinnen der vorliegenden Studie höhere Werte, immer deutlich mehr als die Hälfte, als die Probanden aus der Saunders Gruppe. Beim 4. Schritte verhält es sich umgekehrt, die Probanden der Untersuchung von Saunders zeigen die höchsten Werte, die Probandinnen der vorliegenden Untersuchung die niedrigsten Werte, welche mit der im qualitativen Interview gefundenen Hürde des ersten Telefonkontaktes korrespondieren. Allerdings ist hier der strukturelle Unterschied zwischen den beiden Angeboten zu beachten; während die Probanden bei der Saunders Gruppe an eine Stelle innerhalb der Universität gelangten, mussten die Probandinnen der vorliegenden Gruppe „auf dem freien Markt“ ihre Psychotherapeutin oder die Frauenstelle auswählen und den Kontakt selber herstellen, was anspruchsvoller ist als eine Konsultation an einer Stelle zu vereinbaren.

5.4 Zusammenfassung der Ergebnisse nach den Kategorien des Modells des Inanspruchnahmeprozesses

Dieses Kapitel fasst die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Untersuchungsteile gemäss den Kategorien des Inanspruchnahmeprozesses zusammen. Dabei wird der Weg vom Vorhandensein einer psychischen Störung bis zum ersten Kontakt der Psychotherapieinanspruchnahme nachgezeichnet und in einem Modell dargestellt. Schwerpunkte des Modells sind die Hilfesuche im Umfeld von Laien (Vertraute) und professionellen Helfern, die wahrgenommenen Barrieren und Hilfen, die die Betroffenen auf dem Weg zur Inanspruchnahme erfahren hatten und ganz entscheidend die Gefühle der Probandinnen, die die eigene innerliche Bewegung bis zum Entschluss, Hilfe aufzusuchen, begleiten. Die Ergebnisse des Inanspruchnahme-Interviews (Kap. 5.2), der Befindlichkeitsgraphik (Kap. 5.2.6) und des PSTQ (Kap. 5.3) werden zusammengefasst als Prozess der Inanspruchnahme dargestellt.

5.4.1 Zusammenfassung des Inanspruchnahmeprozesses

5.4.1.1 Einführung, erste Themenwahl

Die offene Eingangsfrage wurde naturgemäss nur im qualitativen Inanspruchnahme-Interview erfragt, Befindlichkeitsgraphik und PSTQ fehlen in diesem Kapitel.

Inanspruchnahme-Interview:

Die offene Frage, wie die Probandinnen zu uns gekommen sind, wurde mit drei Themen beantwortet, die sich auch im weiteren Verlauf des Interviews als wichtig erwiesen.

-13 Probandinnen setzten die Auseinandersetzung mit **Vertrauten**, die auf die sensible Krisensituation der Patientinnen reagierten und mit ihnen Gespräche führten, ins Zentrum.

-9 Probandinnen schilderten **pragmatisch** ihren Weg zur Psychotherapie. Sie hatten ein Problem und wollten sich helfen lassen. Die mit der Aufnahme der Psychotherapie verbundenen Konflikte wurden (noch) nicht angesprochen, sondern eher die Handlung beschrieben, sich dem Problem anzunehmen und angemessen zu reagieren.

-8 Probandinnen betonten den **Leidensdruck**, der sie zur Aufnahme einer Psychotherapie veranlasste. Der Leidensdruck wurde dabei in der Grenzerfahrung der eigenen Kräfte wahrgenommen.

Alle drei Themen wurden während des Interviews weiter verfolgt. Die Rolle der Vertrauten wurde beim PSTQ und beim ersten Schritt der Wahrnehmung (5.4.1.2) erfragt. Der Leidensdruck wurde sowohl bei der Befindlichkeitsgraphik während des ganzen Zeitraums der Inanspruchnahmeprozesses, als auch beim Schritt der Interpretation (5.4.1.3) erhoben. Dabei

zeigte sich, dass die Intensität des Leidensdrucks und die Bedeutung der Vertrauten am Anfang des Inanspruchnahmeprozesses besonders hoch waren.

Die pragmatische Haltung verweist auf die Bedeutung der Autonomie, die sich erst während des Auswertungsprozesses zeigte, jedoch nicht im Interviewleitfaden erfragt wurde.

5.4.1.2 Wahrnehmung des seelischen Problems

Der erste Schritt des Inanspruchnahmeprozesses ist es, wahrzunehmen, dass ein seelisches Problem vorhanden ist. Das Inanspruchnahme-Interview fragte die Probandinnen nach dem Zeitpunkt der Wahrnehmung, mit wem sie darüber sprachen, und wie nützlich ihr Vorwissen beim Prozess der Wahrnehmung des seelischen Problems war.

Inanspruchnahme-Interview

Zeitpunkt

Alle Probandinnen erinnerten sich deutlich an eine kurze oder längere Zeit der Wahrnehmung:

- 17 Probandinnen beschrieben einen genau erinnerten Moment, gefasst in einem konkreten Bild, in dem sie ein seelisches Problem wahrgenommen hatten.
 - 13 Interviewpartnerinnen berichteten von einem längeren Zeitraum, in dem sie ein seelisches Problem wahrgenommen hatten; dabei wurde die Erschöpfung betont.
- Bei beiden Kategorien wurde der **Leidensdruck**, das Erreichen der Grenze der eigenen Belastbarkeit, dass es so nicht mehr weitergeht, beschrieben.

Gesprächspartner

Als mögliche Gesprächspartner wurden Vertraute (Freundin, Mutter, Partner oder Partnerin oder Arbeitskollegen), der Hausarzt oder eine andere Fachperson thematisiert:

- 25 Probandinnen besprachen ihre Wahrnehmung der seelischen Probleme mit **Vertrauten**, dabei standen bei möglichen Mehrfachnennungen mit 20 Nennungen die Freundinnen an erster Stelle, gefolgt von der Mutter mit 9 und dem Partner oder Freund mit 6 Nennungen. Die Probandinnen berichteten verschieden über die Gespräche mit ihren Vertrauten, manche wurden durch die Vertrauten gut unterstützt, andere wurden eher gehindert bei der Psychotherapieaufnahme.
- 5 Probandinnen redeten nicht mit Vertrauten.
- 5 Interviewpartnerinnen suchten das Gespräch mit dem **Hausarzt**,
- 25 redeten nicht mit dem Hausarzt.
- 5 Interviewpartnerinnen suchten das Gespräch mit einer anderen **Fachperson**,
- 25 Probandinnen nicht.

Insgesamt ergaben sich 8 Möglichkeiten und 8 Kategorien, mit wem die Probandinnen gesprochen hatten. Dabei waren die grösste Gruppe 17 Probandinnen, die nur mit Vertrauten gesprochen hatten, die zweitgrösste Gruppe 5 Probandinnen, die sowohl mit Vertrauten, als auch mit dem Hausarzt gesprochen hatten.

Vorkenntnisse

- 17 Interviewpartnerinnen der vorliegenden Studie hatten **schlechte Vorkenntnisse**. Sie wussten wenig oder nichts über psychische Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten.
- 13 Probandinnen fühlten sich **gut informiert**. Die Probandinnen erklärten ihr Gefühl der Informiertheit unter anderem damit, in der Ausbildung über Psychotherapie gehört zu haben und bereits Therapieerfahrung zu haben.

Insgesamt wurden 8 Kategorien gebildet, die die 8 Möglichkeiten darstellen, sich informiert oder nicht zu fühlen und Ausbildung oder bereits gemachte Therapieerfahrung zu haben. Obwohl je ein Drittel der Probandinnen Kenntnisse über Psychotherapie aus der Ausbildung oder von früheren Therapien hatten, fühlten sich mehr als die Hälfte der Probandinnen schlecht informiert. Die grösste Gruppe bildet die Kategorie 6 mit 8 Probandinnen, die weder Ausbildung noch Therapieerfahrung hatten und sich schlecht informiert fühlten.

Befindlichkeitsgraphik

Bei der Befindlichkeitsgraphik wird dieser Schritt in zwei verschiedene Zeitpunkte, „Auftreten Ihrer Krankheit“ und „Wahrnehmen Ihrer Symptome“ unterteilt, welche nach einer Skala von 1 bis 10 (am intensivsten) nach der Grösse des Leidensdrucks geschätzt wird:

- 13 Probandinnen wählten beim ersten item „Auftreten Ihrer Krankheit“ die beiden intensivsten Werte 9 und 10.
- 17 Probandinnen wählten beim zweiten item „Wahrnehmen Ihrer Symptome“ 9 oder 10 von 10 möglichen Punkten als Intensität des Leidensdrucks. Der Leidensdruck ist also beim Beginn und der Wahrnehmung der Symptome am höchsten.

PSTQ

Auffallend ist die hohe Anzahl der Probandinnen, die lange brauchten für diesen ersten Schritt:

- 16 Probandinnen fanden die Wahrnehmung schwierig,
- 14 Probandinnen eher leicht.
- 7 Probandinnen brauchten kurze Zeit für die Wahrnehmung,
- 23 Probandinnen lange.

Vertraute oder Fachleute:

- 22 Probandinnen bekamen Hilfe bei der Wahrnehmung der seelischen Probleme; es wurden 19 mal Vertraute, 2mal der Hausarzt und einmal eine Gynäkologin genannt.

Die Probandinnen empfanden die Phase der Wahrnehmung der seelischen Probleme vor allem als langdauernd. Die Wahrnehmung geschah entweder schleichend über einen längeren Zeitraum oder in einem besonderen Moment, der genau erinnert wurde. Dabei suchten die Probandinnen vor allem das Gespräch mit Vertrauten, nur wenige redeten mit ihrem Hausarzt oder mit einer anderen Fachperson. Etwas mehr als die Hälfte der Probandinnen berichteten, schlechte oder gar keine Vorkenntnisse zu haben, die andern fühlten sich gut informiert.

5.4.1.3 Interpretation des seelischen Problems

Der zweite Schritt des Inanspruchnahmeprozesses besteht aus der Wahrnehmung der seelischen Probleme und deren Interpretation zu behandlungsbedürftigen Symptomen.

Inanspruchnahme-Interview

Die Fragen des Inanspruchnahme-Interviews richteten sich nach einer wahrgenommenen Veränderung des subjektiv empfundenen Leidens im Vergleich zu einem angenommenen „gewöhnlichen“ Leid, nach damals stattfindenden kritischen Lebensereignissen und spezifischen Lebensphasen, und nach den dabei begleitenden Gefühlen.

Veränderung des Leidensdrucks

- 24 Probandinnen beschrieben eine Veränderung des **Leidensdrucks**.
- 6 Probandinnen bemerkten keine Veränderung. Frau 2 hatte zum Beispiel schon lange im Kopf „eine Therapie zu machen, da kann man Sachen anschauen, die nicht so rund laufen“. Oder Frau 3 wollte „das jetzt anpacken“, empfand sich jedoch nicht sehr als leidend.

Kritische Lebensereignisse und spezifische Lebensphasen

Die häufigste Kombination der beiden items waren 15 Probandinnen, die sowohl kritische Lebensereignisse als auch spezifische Lebensphasen erlebten, die zweithäufigste Kombination waren 8 Probandinnen, die weder ein kritisches Lebensereignis, noch eine spezifische Lebensphase erlebten:

- 20 Probandinnen beschrieben **kritische Lebensereignisse** als auslösende Faktoren
- 10 Probandinnen gaben kein kritisches Lebensereignis an.
- 17 Probandinnen nannten **spezifische Lebensphasen**
- 13 Probandinnen nannten keine spezifischen Lebensphasen.

Gefühle

Die **Gefühle**, die die Interpretation der seelischen Probleme in Symptome begleiteten, waren Hoffnung, Angst und Entschlossenheit.

- 12 Probandinnen betonten ihre **Hoffnung**; Frau 1 hat „alle meine Hoffnungen in Frau X gesetzt“.
- 9 Probandinnen beschrieben **Angst**; Frau 9: „S’ist schon ein Zugriff auf eine Sphäre ... wo ich Angst gehabt habe, dass das jemand manipulieren könnte, also sprich Therapeut“.
- 9 Probandinnen fanden ihre **Entschlossenheit** wichtig; Frau 13: „Ich hab so gedacht, jetzt mach ich’s und jetzt wird alles besser; jetzt ändert sich alles schlagartig“.

Befindlichkeitsgraphik

Der Zeitpunkt der „Idee, Psychotherapie kann helfen“ wurde von 8 Probandinnen mit den zwei höchsten Werten 9 und 10 angegeben, und zeigt damit einen markanten Abfall zu den beiden ersten items. Der Vorgang der Interpretation des eigenen Leidensdruck zu behandelbaren Symptomen geht also einher mit einem Abfall des Leidensdrucks.

PSTQ

Der PSTQ unterscheidet beim Vorgang der Interpretation zwei Schritte; einerseits die Erkenntnis „Psychotherapie kann helfen“, andererseits die „Entscheidung, Psychotherapie aufzusuchen“. Die Probandinnen bestimmten auf einer Skala, wie schwierig sie es fanden und wie lange sie brauchten für die einzelnen Schritte.

- 15 Probandinnen fanden „Psychotherapie kann helfen“ schwierig,
- 15 Probandinnen leicht.
- 13 Probandinnen brauchten dafür lange,
- 17 Probandinnen eher kurze Zeit.
- 13 Probandinnen fanden die „Entscheidung, Psychotherapie aufzusuchen“ schwierig,
- 17 Probandinnen leicht.
- 19 Probandinnen brauchten dafür lange,
- 11 Probandinnen kurze Zeit.
- 25 Personen nannten Vertraute oder Fachpersonen, die sie beim Schritt „Psychotherapie kann helfen“ unterstützten und
- 22 Probandinnen sagten, dass sie beim Schritt „Entscheidung, Psychotherapie aufzusuchen“ unterstützt wurden.

Die Probandinnen schilderten den zweiten Schritt des Inanspruchnahmeprozesses als schwierig. Sie empfanden eine Veränderung ihres Leidensdruck, nahmen ihn nicht als stärker, aber markanter wahr als im ersten Schritt der Wahrnehmung der Beschwerden. Anhand kritischer Lebensereignisse oder spezifischer Lebensphasen wurden Konflikte oder Beschwerden als etwas erlebt, das sich benennen lässt und wofür man Hilfe in Anspruch nehmen kann. Dies wurde von Gefühlen der Hoffnung, der Angst und Entschlossenheit begleitet. Gleichwohl gaben die Probandinnen den Leidensdruck als sinkend an, und sowohl im Inanspruchnahmeinterview als auch in der Befindlichkeitsgraphik und im PSTQ wurde die Bedeutung der Vertrauten betont.

5.4.1.4 Kontaktaufnahme

Der dritte Schritt beinhaltet die konkrete Handlung, den Entscheid in Tat umzusetzen und eine Fachperson zu kontaktieren.

Inanspruchnahme-Interview

Die Fragen nach der konkreten Kontaktaufnahme teilten sich in die Fragen, wie sie zu uns gekommen waren (Anknüpfungspunkt), wie schwierig oder leicht die Probandinnen das erste Telefonat erlebt hatten, welche Gefühle sie im Vorfeld hatten, wie der erste Eindruck in der Praxis war, ob sich die Probandinnen gut informiert fühlten und ob sie sich als stark oder schwach bei der ersten Kontaktaufnahme empfunden hatten.

Anknüpfungspunkt

- 19 Probandinnen kamen über die Frauenstelle zu uns,
- 7 Personen durch eine Empfehlung und
- 4 Personen durch die Vermittlungsstelle.

Erstes Telefon

Das erste Telefon wurde von allen Probandinnen als schwierig geschildert;

- 15 Probandinnen betonten die **Schwierigkeit**,
- 14 Probandinnen schilderten eher ihre Strategien zur Bewältigung der Schwierigkeit,
- von einer Probandin fehlt die Antwort.

Vorfeld: Gefühle

Die Zeitspanne zwischen dem ersten Anruf und der ersten Begegnung erlebten die Probandinnen unterschiedlich;

- 17 Probandinnen hatten Angst,
- 9 Probandinnen fühlten sich erleichtert und
- 4 Probandinnen wussten es nicht mehr.

Vorfeld: Erster Eindruck

Den ersten Eindruck in der Praxis empfanden;

- 15 Probandinnen mit Nervosität und grosser Erwartung der Therapeutin gegenüber,
- 7 Probandinnen waren freudig aufgeregt und
- 8 Probandinnen erinnerten sich nicht mehr oder wurden im Interview nicht gefragt.

Vorfeld: Information

Die Probandinnen fühlten sich unterschiedlich gut informiert bezüglich dem Ablauf des Erstgesprächs;

- 19 Probandinnen hatten keine Vorstellungen, wie ein Erstgespräch vor sich geht ,
- 8 Probandinnen sahen ihre Erwartung bestätigt und
- 3 Probandinnen hatten die Frage vergessen oder sie wurde ihnen nicht gestellt.

Telefon starker oder schwacher Moment

Die Gefühlslage der Probandinnen während des ersten Telefons war stark oder schwach oder schwankte zwischen den beiden Empfindungen;

- 14 Probandinnen fühlten sich im Moment der ersten Kontaktaufnahme stark,
- 7 fühlten sich gleichzeitig stark und verzweifelt,
- 6 Interviewpartnerinnen fühlten sich schwach und
- 3 hatten keine Gefühle in diesem Moment.

Befindlichkeitsgraphik

Der Zeitpunkt der „Kontaktaufnahme“ wurde von 6 Probandinnen mit 9 oder 10 angegeben und pendelt sich im folgenden item „Erstgespräch“ (6 Nennungen) und „Nach dem Erstgespräch“ (3 Nennungen) ein.

Die Befindlichkeitsgraphik zeigt einen starken Abfall des Leidensdruck bei der Kontaktaufnahme.

PSTQ

- 17 Probandinnen fanden die Kontaktaufnahme schwierig,
- 13 Probandinnen leicht.

- 24 Probandinnen brauchten dafür lange,
- 6 Probandinnen nur kurze Zeit.
- 16 Probandinnen wurden von Vertrauten unterstützt.

Im Gegensatz zu den vorangehenden Schritten berichteten nur 16 Probandinnen, dass sie von Vertrauten oder Fachleuten unterstützt wurden. Der Schritt der Kontaktaufnahme wurde also eher allein von den Probandinnen unternommen.

Die Phase der Kontaktaufnahme zeigt, dass sich die meisten Probandinnen über die Frauenstelle bei uns meldeten. Das bedeutet, dass das Wort „Frauenstelle“ im Telefonbuch als Anknüpfungspunkt erfahren wurde. Alle Probandinnen kamen durch eine Empfehlung zu uns. Durch die Empfehlung wird der Prozess der Inanspruchnahme konkreter. Die Probandinnen werden sich emotional und kognitiv zur vorerst phantasierten Therapeutin hin. Damit werden die Gefühle fassbarer.

Die Angst richtete sich auf die verschiedenen Möglichkeiten, wie die Therapeutin reagieren würde, je nach Phantasie als gutes oder böses Objekt. Obwohl sich die Probandinnen meist nicht informiert fühlten, empfand sich die grosse Mehrheit der Probandinnen als stark während der ersten telefonischen Kontaktaufnahme. Der Kontakt mit den Vertrauten ist immer noch gross (16 Probandinnen wurden unterstützt), doch geringer als in den beiden vorangehenden Schritten. Der Leidensdruck verringerte sich und die Probandinnen richteten ihre Angst und Hoffnung auf die Psychotherapeutin.

5.4.1.5 Weitere Ergebnisse

Weitere Themen zeigten sich erst während der Datenerhebung. Sie wurden nicht im Interviewteil speziell erfragt und stachen durch ihre häufige Erwähnung und ihre bedeutsame emotionale Schulderung hervor. Dies waren eine erfahrene oder phantasierte Stigmatisierung, die von 24 Probandinnen berichtet wurde. 21 Probandinnen betonten die Autonomie während des Inanspruchnahmeprozesses, und 19 Probandinnen beschäftigten sich mit der Beziehung zur Therapeutin.

5.4.2 Modell des Inanspruchnahmeprozesses

Das folgende Modell soll die einzelnen Ergebnisse in geraffter Form zusammenfassen. Dabei stehen die fettgedruckten Themen untereinander, je nach Schritt des Inanspruchnahmeprozesses.

Abb. 49: Modell des Inanspruchnahmeprozesses:

	1. Schritt	2. Schritt	3. Schritt
Zeitlich	Wahrnehmung	Interpretation	Kontaktaufnahme
Variablen:			
Leidensdruck	8,36	6.96	5,76
PSTQ Vertraute 22		25 22	16
PSTQ schwierig	16	15 13	17
PSTQ leicht	14	15 17	13
PSTQ kurz	7	13 19	24
PSTQ lang	23	17 11	6
A (Angst, Stigmatis)	hoch	sehr hoch	weniger hoch
V (Vertraute)	wichtig	sehr wichtig	weniger wichtig
LD (Leidensdruck)	sehr hoch	tiefer	tief
R (Ressourcen und Autonomie)	niedrig	höher	sehr hoch
	-Moment (17)	-Veränderung LD	-Anknüpf.pkt:
		krit. LE (20)	Frauenstelle (19)
	-längereZeit-	spez. LP (17)	Empfehlung (7)
	spanne (13) -	Beide zus. (15)	Vermittlungsstelle (4)
	-grosser LD		
	-Vertraute	-Gefühle:	-1. Tel:
	-Vorkenntnisse:	Hoffnung (12)	schwierig (15)
	schlechte (17)	Angst (9)	Bewältig.strat. (14)
	gute (13)	Entschlossenheit (9)	weiss nicht (1)
			-Gefühle Vorfeld:
			Angst (17)
			Erleichterung (9)
			Weiss nicht (4)
			-Gefühle 1.Eindruck:
			Erwartung, Nervosität
			Therapeutin (15)
			freudig aufregt (7)
			weiss nicht (8)
			-Informiertheit:
			schlecht (19)
			Erwartung bestätigt (8)
			-1. Tel:
			Starker Moment (14)
			stark und verzw. (7)
			schwach (6)
			weiss nicht (3)

6. Diskussion

Psychotherapie aufzunehmen ist eine anspruchsvolle Leistung. Nur sehr wenige Personen mit psychischen Störungen nehmen für sich eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch. Zu dieser Gruppe gehören die 30 Probandinnen der vorliegenden Studie. Sie berichteten anhand eines qualitativen Interviews, wie sie ihren Weg zur Psychotherapie erlebt hatten.

Die Probandinnen innerhalb der eigenen Psychotherapiepraxis zu rekrutieren, erwies sich als besonderen Vorteil, der die für die qualitative Forschung geforderte Nähe zum Objekt gewährleistete. Die vertraute Atmosphäre und die bereits bekannte Interviewerin ermöglichten eine entspannte Haltung der Probandinnen, die für die Echtheit der Daten wichtig sind.

Das letzte Kapitel dieser Fallstudie hebt zunächst einige Merkmale hervor, die den Prozess der Psychotherapie-Inanspruchnahme kennzeichnen, wie etwa die selbstbewusste Haltung der Probandinnen, oder die Ansicht, dass ein psychisches Problem etwas Persönliches ist, das man mit vertrauten Personen besprechen will. Darum ist der Kontakt mit einer Fachperson eine sensible Beziehungsaufnahme, die eine gezielte Auswahl der psychotherapeutischen Person erfordert. Entsprechend nahmen die Probandinnen der vorliegenden Studie den Hausarzt nur gering in Anspruch. Eine erst kürzlich erschienene Arbeit (Schuster 2007) unterstützt diese Ergebnisse. Schliesslich wurde deutlich, dass der Prozess zur Entscheidung zur Psychotherapie sehr lange dauert, weil ein Dilemma überwunden werden muss (Kap. 6.1).

Die Lösung dieses Dilemmas, das um den Widerspruch kreist, sich hilfsbedürftig zu fühlen und gleichzeitig selbst bestimmen zu wollen, besteht aus dem Durchlaufen des Inanspruchnahme-Prozesses, in dem affektive und kognitive Kräfte miteinander ringen. Die bildliche Darstellung der Dynamik dieses Inanspruchnahme-Prozesses zeigt die Wechselwirkungen von vier ausgewählten Variablen, welche sich während dem Auswertungsprozess als entscheidend erwiesen: dem Leidensdruck, der Rolle der Vertrauten, der Angst vor Beschämung und Stigmatisierung, und dem Wunsch nach Autonomie (Kap. 6.2).

Im Lauf des Kräftespiels zwischen diesen vier Variablen gesteht sich die Probandin ihre eigene Schwäche und Hilflosigkeit ein und fühlt sich gleichzeitig genug stark und selbstbestimmt, die sensible Beziehungsaufnahme zu wagen. Dies mündet in der selbstbewussten Entscheidung zur Psychotherapie (Kap. 6.3).

6.1 Zentrale Merkmale der Psychotherapieaufnahme

6.1.1 Die selbstbewusste Stichprobe

Bereits bei der Datenerhebung erwies sich, dass die Stichprobe aus 30 selbstbewussten Patientinnen bestand. Sie wurden von den drei Therapeutinnen der Gemeinschaftspraxis zufällig in der Reihenfolge ihrer Termine innerhalb einer Arbeitswoche angefragt, und gaben sofort

ihre Zustimmung zum Interview. Die Organisation des Interview-Termins und dessen Durchführung erwies sich als komplikationslos und sehr angenehm (Kap. 4.1). Die Probandinnen erzählten temperamentvoll von ihrem teilweise abenteuerlichen Weg bis zum therapeutischen Erstgespräch. Sie berichteten entlang der Interviewfragen von ihren Lösungsversuchen der phasenspezifischen Probleme des Inanspruchnahme-Prozesses und erinnerten sich alle mit grosser Emotionalität an die vorangegangene Psychotherapie-Aufnahme. Dies zeigte sich bereits in der offenen Eingangsfrage (Kap. 5.2.1) und zog sich bis zum Schluss der Studie (Kap. 5.2.5). Dabei erinnern manche Erzählungen an Heldengeschichten, bei denen die Protagonistin ein schwieriges Rätsel lösen oder eine Gefahr überwinden muss.

Zwar weisen soziodemografische Faktoren einen vernachlässigbaren Effekt auf das Hilfesuchverhalten auf (Leaf et al. 1985, Wells et al. 1994, Jorm et al. 2000), dennoch ist zu erwähnen, dass die soziodemografischen Merkmale der Probandinnen mit den in der Literatur (Kap. 2.3.4) gefundenen Angaben übereinstimmen. Die Interviewpartnerinnen gehören eher zu den Patientinnen, die mittel bis gut ausgebildet sind, meist jungen oder mittleren Alters und unverheiratet sind, jedoch in verbindlichen Liebesbeziehungen leben (Kap. 4.1.2). Hervorzuheben sind die häufig ungewöhnlichen Berufe der Probandinnen aus den Bereichen Handwerk, Kunst oder Akademik, die auf die individuell stark gestalteten Lebensläufe verweisen. Auch dies kann als Hinweis auf einen hohen Grad an Selbstbestimmung der Psychotherapie-Patientinnen dieser Stichprobe verstanden werden (Kap. 5.1.3).

Die Probandinnen kamen meist nach einer intensiven innerlichen Auseinandersetzung selber zum Schluss, eine Psychotherapeutin aufzusuchen. Sie gehören damit zu jenen Personen, die sich aufgrund ihrer Fähigkeiten gut durch den Inanspruchnahmeprozess bewegen können (Franz 1997). Bereits in den frühen 60-er Jahren wurden diese als YAVIS¹⁷⁴-Patienten (Kap. 2.3.4.3) bezeichnet. Sie werden zu Unrecht bis heute als die Lieblingspatienten der Psychotherapeuten angesehen, die an milderen, harmloseren psychischen Beeinträchtigungen leiden würden (z.B. Leuzinger-Bohleber et al. 2001, Franz 1997, Kap. 2.3.4.3).

6.1.2 Das Persönliche und die sensible Beziehungsaufnahme

Diskrepanz zur therapeutischen Beziehung im somatischen Bereich, bei der die Beziehung zum Arzt, respektive Therapeuten, mechanistisch (Wagner 1996) hergestellt werden kann und auch ohne „persönliche“ Berührung auskommt, ist der Psychotherapiepatient auf eine wohlwollende Haltung angewiesen, die seine subjektive Krankheitstheorie (Kap. 2.4.2.6) respektiert. Dies geht einher mit der bekannten Feststellung, dass in der Psychotherapie das „Persönliche“ und die „Person“ ausschlaggebend ist (Kap. 2.2.3), und zwar gleichsam die Person des Therapeuten und des Patienten. Freud rät, man soll bei der Einleitung der Behandlung „nicht den sonstigen Wert einer Person“ übersehen¹⁷⁵ (1905, S. 115).

¹⁷⁴ Schofield (1964) formulierte diesen Katalog positiver Eigenschaften als das „Yavis - syndrome - clients who are youthful, attractive, verbal, intelligent, and successful“ (S. 133).

¹⁷⁵ Zudem ist der „persönliche Einfluss unsere stärkste dynamische Waffe, er ist dasjenige, was wir neu in die Situation einführen. (...) Der Neurotiker macht sich an die Arbeit, weil er seinem Analytiker Glauben schenkt, und er glaubt ihm, weil er eine besondere Gefühlseinstellung zu der Person des Analytikers gewinnt“ (1926, S. 315). Dieser „suggestive“ Einfluss werde nicht zur Unterdrückung der Symptome „- das unterscheidet die analytische Methode von anderen Verfahren der Psychotherapie -, sondern als Triebkraft, um das Ich des Kranken zur Überwindung seiner Widerstände zu veranlassen“ (1926, S. 316) genutzt.

Bis heute werden die Aspekte der Bedeutung der Person und des Persönlichen in der Psychotherapieforschung immer wieder betont (Kap. 2.2.3). Je verbindlicher Überweisungen und Zuweisungen zur Psychotherapie erfolgen (Riehl et al. 1985, Hessel et al. 2000), je persönlicher potentielle Patienten in Gesprächen motiviert werden (Franz 1997a, Fritzsche et al. 2006) und je deutlicher individuelle Konflikte (Renner und Platz 2000) und subjektive Krankheitstheorien (Schneider et al. 1999) im Erstgespräch angesprochen und ausgehandelt (Wilke und Grande 1991) werden, desto eher kann eine Psychotherapie-Inanspruchnahme erfolgen.

Denn die Konsultation bei einer Fachperson, bei der es um Fragen geht, die zunächst noch unklar sind und noch nicht formuliert werden können, ist eine Hilfesuche, welche mit einem Defizit (Baecker 1994) verbunden ist, und daher als Kränkung (Nübling 1992, Franz 1993) erlebt werden kann. Zudem wird schon seit langem auf die unbewusste Tendenz der Menschen mit psychischen Störungen hingewiesen, den Status quo aufrechtzuerhalten (Strupp 1962)¹⁷⁶, was eine allfällige Psychotherapie-Aufnahme erschwert.

Entsprechend berichteten die Probandinnen der vorliegenden Studie von Angst und Scham (Kap. 2.4.2.8), etwa dass die eigenen Probleme nicht gross genug wären oder vom Gegenüber nicht verstanden oder gar entwertet würden (Kap. 5.2.3.3). Gleichzeitig berichteten die Probandinnen von Gefühlen der Entschlossenheit, Hoffnung und Erwartung (Kap. 5.2.3.3) in Zusammenhang mit einer geplanten Psychotherapie-Aufnahme. Sie betrachteten ihre seelischen Probleme als private und individuelle Konflikte, die mit Scham und Stigmatisierungsangst einhergingen (Kap. 5.2.3.3, Kap. 5.2.4.6 und Kap. 5.2.5.3), und die sie in einem ersten Schritt lieber mit nahen Vertrauten (Kap. 5.2.2.1 und Kap. 5.2.2.2) als mit Fachleuten besprechen wollten. Dabei wurden sowohl die entlastende Wirkung, wie auch die Grenzen der freundschaftlichen Gespräche thematisiert.

Die Gespräche mit den Vertrauten ermöglichten es den Probandinnen jedoch, dass die auf einen ersten Blick unspezifischen seelischen Beschwerden zu Themen wurden, über die in der professionellen psychotherapeutischen Beziehung gesprochen werden konnte. Denn im Bereich der Psychotherapie ist die Person des Therapeuten das Medikament selbst (Freud 1913, Parson 1951, Kap. 2.4.2.7). Balint (1976) hat sogar von der „Droge Arzt“ gesprochen.

Gleichzeitig ist die therapeutische Beziehung das zentrale Agens der Psychotherapie, das ist das am besten gesicherte Ergebnis der Psychotherapieforschung (Kap. 2.2.3.1). Unter diesem Aspekt kann die Psychotherapie-Aufnahme als sensible Beziehungs-Aufnahme gesehen werden, die „selbstregulierende Mechanismen, die zu der für den jeweiligen Klienten optimalen Therapeutenpersönlichkeit führt“ (Hutterer 1996, S. 150), erfordert.

6.1.3 Die gezielte Auswahl der Psychotherapeutin

¹⁷⁶ Strupp (1962) meinte bereits, dass jeder neurotische Patient unbewusst den Status quo aufrechtzuerhalten bemüht sei. Psychotherapie mit dem Ziel, den Patienten mit seinen inneren Konflikten zu konfrontieren, nehme damit den Kampf gegen mächtige unbewusste Widerstände auf. „Therefore, unless there is a strong conscious desire to be helped and to collaborate with the therapist, the odds against a favorable outcome may be insuperable“ (S. 576).

Die Probandinnen der vorliegenden Studie bestätigen diese Regulierung. Sie waren während des Inanspruchnahmeprozesses mit verschiedenen Phantasien bezüglich einer allfälligen Therapieperson beschäftigt (Kap. 5.2.4.2 und 5.2.4.3), jedoch besonders unmittelbar vor der ersten Konsultation (Kap. 5.2.4.4). Diese Phantasien, die sich um individuelle Ängste und Wünsche der Probandinnen drehten, führten zu einer gezielten Auswahl der Fachperson.

Die Mehrzahl der Probandinnen der vorliegenden Studie meldeten sich über die Adresse im Telefonbuch auf den Eintrag „Frauenstelle“ (Kap. 5.2.4.1). Der Hinweis auf die Geschlechtsidentität bot einen ersten Anknüpfungspunkt, der eine Verbindung zur Therapeutin erleichterte. Den andern Probandinnen half eine persönliche Empfehlung, den Kontakt zur Therapeutin aufzunehmen.

Manche Probandinnen suchten die Therapeutin aus, und zwar beim Stöbern im Telefonbuch oder beim Anrufen auf den Beantworter, um die Stimme der therapeutischen Person als Kriterium zu nehmen. Auch das erste Telefon für eine Kontaktaufnahme hatte die Funktion, das Gegenüber zu prüfen (Kap. 5.2.4.2).

Dieses Ausleseverfahren geht einher mit der Ansicht, dass die Patienten von heute Klienten seien, die sich aktiv entscheiden würden, eine Dienstleistung in Anspruch zu nehmen oder nicht (Meadows et al. 2000). Sie würden als „aktive Konsumenten und Shopper“ (Hutterer 1996, S. 147) auftreten, sich über Behandlungsmethoden erkundigen und erst einige Psychotherapeuten „probieren“, bevor sie „kaufen“ (S. 147) und erst noch deutlicher von der Behandlung profitieren (Kap. 2.4.3.2).

Dies entspricht der „Entwicklung hin zum Paradigma der Interaktion“ (Buchholz 2003, S.87) oder der „Intersubjektivität und Anerkennung“ (Altmeyer 2000, S. 143) innerhalb der Psychotherapieforschung und impliziert die Gegenseitigkeit des Patienten und Therapeuten, betont also nicht das hierarchische, sondern das gegenseitige Verhältnis, gerade wie es vor vielen Jahren bereits Parson (1951) formuliert hat und wie es auch im Konzept des kompetenten Patienten (Bopp et al. 2005, Kap. 2.4.3.2) zu finden ist. Kächele fordert darum eine „konsumenten-orientierte Darstellung“ (S. 9) der psychotherapeutischen Angebote.

Diese Haltung erinnert jedoch an die „urban folk tales“, die bereits im Zusammenhang mit den Geschlechtsunterschieden (Kap. 2.1.3.3) bezüglich der psychischen Störungen erwähnt wurden, denn sie verleugnet die Ängste, die mit einer Psychotherapie-Aufnahme einhergehen.

6.1.4 Die geringe Inanspruchnahme der Hausärzte

Das seltene Hinzuziehen der Hausärzte der Probandinnen (Kap. 5.2.2.2) steht im Gegensatz zur behaupteten zentralen Stellung des Hausarztes in der Literatur (Kap. 2.2.1). Die Hausärzte sind nach Üstün (1999) die meistgenannten Anlaufstellen für psychische Probleme und spielen und auch in der Schweiz die wichtigste Rolle in der Gesundheitsversorgung (Schmid und Wang 2003). Die Beziehung zum Hausarzt ist relevant; je unterstützter sich die Patienten von ihm fühlen, desto besser geht es ihnen (Mattes 1991, Hartmann und Zepf 2003b, Kruse et al. 1999, Ernst et al. 2001). Zudem akzeptieren die meisten Patienten eine Überweisung durch den Hausarzt (Hessel et al. 2000). Meistens jedoch wollen die Hausärzte selber behandeln

(Üstün und von Korff 1995), was auch von ihren Patienten bevorzugt wird (Kruse et al. 1999, Helmich 1994).

Seit langem schon werden die Hausärzte auf die Problematik der grossen Prävalenz psychischer Störungen ihrer Patienten sensibilisiert, und immer wieder wird deren Mitarbeit zu einer angemessenen Triagierung gefordert (Franz 1997a, Buchholz 2002c, Kap. 2.2.1 und 5.2.2.2). Zwar können Hausärzte oft psychische Störungen nicht diagnostizieren und daher die Patienten auch nicht fachgerecht überweisen. Dennoch sollten gemäss Goldberg und Huxley (1980) und Henderson (2000) die Hausärzte als Filter zu einer immer spezialisierteren Behandlung führen. Nach Tansella (2000) sind sie der „key-point“ (S. 501) für eine angemessene psychiatrische Versorgung.

Die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung zumindest hat die Hausärzte kaum als Ansprechpartner benutzt und somit den „Hausarzt-Filter“ umgangen. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit Möller (1972), der eine häufige „arztaverse“ Haltung der Personen mit psychischen Störungen beobachtete. Wie erwähnt, spielt dabei die Ansicht, dass psychische Probleme etwas Persönliches seien, eine zentrale Rolle.

6.1.5 „Therapielatenz“ - eine neue Studie von Schuster (2007)

Erst kürzlich legte Schuster (2007) eine qualitative Arbeit zum Inanspruchnahmeprozess vor. Sie untersuchte 17 Psychotherapie-Patienten von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten und einer psychotherapeutischen Ambulanz in Berlin. Erhebungs-, Aufbereitungs- und Auswertungsmethoden sind die gleichen wie in der vorliegenden Studie. Lediglich die geringe Probandenzahl sowie die Transkription, die die Autorin nicht selber vornahm, unterscheiden sich zur vorliegenden Arbeit. Schuster (ebda) kommt zu ähnlichen Ergebnissen wie die vorliegende Studie in Bezug auf die Autonomie und die Bedeutung des Persönlichen für die spezifische Psychotherapie-Inanspruchnahme.

Für den langen Zeitraum bis zur Psychotherapie-Inanspruchnahme hat Schuster (2007) den Begriff der „Therapielatenz“ (S. 27) geprägt, während der sich der spätere Therapiepatient im Prozess einer „Selbstklärung“ (S. 252) befindet, die ihn schliesslich für die Aufnahme einer Psychotherapie befähigt. Die Autorin betont, ganz wie dies auch in der vorliegenden Studie sichtbar wird, die Wichtigkeit der Autonomie als Faktor dieses Befähigungs-Prozesses und sieht, im Gegensatz zu einem defizitär interpretierten verlaufenden Chronifizierungsprozess, die Therapielatenz als einen eigenständigen Vorläufer zur Psychotherapie an, der gesunde Anteile der Patienten repräsentiert und zu Unrecht pathologisiert werde.

Weitere gemeinsame Ergebnisse sind die geringe Inanspruchnahme der Hausärzte und die überschätzte Bedeutung des Leidensdrucks, welcher „allein keine Psychotherapiebereitschaft erzeugt“ (S. 266). Erst das Zusammenspiel des Leidensdrucks mit der Anerkennung psychischer Hilfsbedürftigkeit¹⁷⁷ führt zum Motiv, sich psychotherapeutisch behandeln lassen zu wollen.

¹⁷⁷ Schuster (2007) diskutiert mit Maercker et al. (2005), wer die Vorherrschaft der Erstautorenschaft der Variable „Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit“ in Anspruch nehmen darf. Entscheidend ist, dass Maercker et al. (2005) die Unabhängigkeit der beiden Variablen Leidensdruck und „Verneinung psychischer Hilfsbedürftig-

Im Einklang mit den Ergebnissen von Schuster (ebda) betonen die vorliegenden Ergebnisse das Dilemma, welches den Inanspruchnahmeprozess begleitet. Dieser Konflikt, der grosse Ängste hervorruft, wird mit einem Gefühl der Selbstbehauptung erwidert. So kann idealerweise in diesem Kräftespiel ein Gleichgewicht gefunden werden.

6.1.6 Der lange Zeitraum - Therapielatenz versus Chronifizierung

Der Weg zur Psychotherapie ist lang. Er dauert zwischen sieben (Meyer et al. 1991) und vierzehn (Kessler et al. 1998) Jahren (Kap. 2.3.3.3). Psychische Störungen verlaufen ohne Behandlung nicht gutartig, sondern chronifizieren ohne bedeutsame Tendenz zur Spontanremission (WHO ICPE 2000). Die vorgängigen somatischen Behandlungen werden als Fehlbehandlungen angesehen, die in der Schweiz von der Grundversicherung der Krankenkassen finanziert werden (Baltensperger 1996).

Die lange Zeitdauer wurde bisher mit verschiedenen Argumenten erklärt: zum einen als Chronifizierungsprozesse, die den psychischen Störungen inhärent sind (Potreck-Rose et al. 1994), zum andern als systemimmanente Versorgungsdefizite (Ringel und Kropiunigg 1983). Dies wird jedoch als „rhetorische Lieblingsfigur der Psychosomatik im deutschen Sprachraum“ (Kächele 2000, S. 16) kritisiert.

Heute setzt sich eher die Haltung durch, dass verschiedene Konflikte und Schwierigkeiten aus beiden Bereichen für die lange Zeitdauer verantwortlich sind. Der lange Inanspruchnahmeprozess wird nicht als pathologisch und defizitär, sondern als wichtige Voraussetzung für eine Psychotherapieaufnahme angesehen.

Auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass die Zeitdimension von den Probandinnen meist als lange und schwierig eingeschätzt wurde (Kap. 5.2.2.1, Kap. 5.3). Oft bedauerten die Probandinnen, nicht schon früher den Mut gefunden zu haben, für sich selber psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen zu haben. Im Widerspruch dazu stehen ihre lebendigen Berichte, die den Kampf mit ihren eigenen gewichtigen Kräften thematisierten, was die Bedeutung der erwähnten „Therapielatenz“ von Schuster (2007) unterstreicht.

6.2 Dynamik des Inanspruchnahmeprozesses anhand eines Modells mit vier ausgewählten Variablen

Der Prozess zur Psychotherapie-Aufnahme besteht aus den drei Schritten: Wahrnehmung des Leidens, Zuordnung zu behandelbaren Symptomen und der konkreten Kontaktaufnahme zu

keit“ erkannt haben. Auch in der vorliegenden Studie wurden die strittigen Autoren (Möller 1972, Nübling 1992 und Krause Jacob 1992) referiert (Maerckers Studie in Verbindung mit dem Alter in Kap. 2.3.4.1).

einer psychotherapeutischen Fachperson. Durch das Raster der einzelnen Prozessphasen des Inanspruchnahmmodells (wahrnehmen, interpretieren, handeln) gebunden, berichteten die Probandinnen durchwegs von Abläufen, die fest verknüpft mit individuell persönlichen Lebensfragen waren. Dabei haben sich im Verlauf des Auswertungsprozesses vier Komponenten herausgeschält, die zueinander in einer Wechselwirkung stehen. Diese sind die bereits im Interview gefassten und erfragten Variablen „Vertraute“ (Kap. 6.2.1.1) und „Leidensdruck“ (Kap. 6.2.1.2) und die erst im Verlauf der Auswertung gewonnenen Variablen „Angst“ (Kap. 6.2.1.3) und „Ressourcen“ (Kap. 6.2.1.4). Sie widerspiegeln die Dynamik des intrapsychischen Geschehens. Zunächst werden die vier Variablen beschrieben, um sie dann in einem perspektivischen Modell in ihrer Wechselwirkung darzustellen.

6.2.1 Einzelne Komponenten des Ausgangsmodells

6.2.1.1 Variable „Vertraute“

Die Vertrauten, so werden die Personen aus dem Familien-, Freundes- oder Bekanntenkreis bezeichnet, die von der Probandin ins Vertrauen gezogen wurden, haben eine bedeutende Funktion bei der Frage der Psychotherapie-Inanspruchnahme (Kap. 2.3.3.2).

Viele Autoren (Krause-Jakob 1992, Jandl-Jager 2000, Kadushin 2006) betonen, dass Freunde und Familie, Vertraute, das Inanspruchnahmeverhalten wesentlich positiv beeinflussen. Andere (Franz 1997a) stellen einen eher hemmenden Einfluss der Vertrauten fest. Wieder andere Autoren (Ravenson et al. 1991) weisen auf die Zwiespältigkeit des Einflusses der Vertrauten hin. Der Einfluss zur Inanspruchnahme sei ein doppelschneidiges Schwert, was Zugang zu Hilfe erleichtern könne, könne diesen eben auch erschweren. (Kap. 2.3.3.2).

Die Probandinnen der vorliegenden Studie erwähnten die Vertrauten bereits bei der ersten offenen Frage danach wie sie zur Psychotherapie gekommen seien. Im Dialog mit den Vertrauten, ob in Abgrenzung oder in Übereinstimmung mit deren Wahrnehmungen und Meinungen konnten sich die Probandinnen den Fragen des Inanspruchnahmeprozesses widmen.

Es zeigte sich, dass sich die Bedeutung der Vertrauten während des Inanspruchnahmeprozesses veränderte. Zunächst haben sie eine entlastende Funktion, in der sie die Probandin in der Wahrnehmung ihrer seelischen Probleme bestätigen. Erst während der Interpretation der Beschwerden zu Symptomen haben die Vertrauten nicht nur eine entlastende, sondern eine unterstützende oder abgrenzende Funktion. Sie stärken die Probandin im intellektuellen Zuordnungsprozess zu einer Störung mit Krankheitswert und entwickeln mit der Probandin das „ticket of admission“ (Kadushin 1969, 2006). Dieses ermöglicht den Zugang zum Gespräch mit einer psychotherapeutischen Fachperson. Bei der Kontaktaufnahme werden die Vertrauten zwar genannt; sie werden etwa um eine Adresse oder eine Empfehlung gefragt, sie haben jedoch keine zentrale Funktion mehr, da das erste Telefon von der Probandin allein gemacht wird.

Im Unterschied zu Saunders (1993) Ergebnissen, die zeigen, dass die Vertrauten zu 90% beim dritten Schritt der Kontaktaufnahme benötigt wurden, spielten die Vertrauten bei den Probandinnen der vorliegenden Studie bei den ersten zwei Schritten eine wichtigere Rolle, was be-

deuten könnte, dass sich die Probandinnen zuerst an den Laien- und Freundeskreis und erst dann ans professionelle System wenden, wie das bereits Krause Jacob (1992) und Kadushin (1969, 2006) vorgeschlagen haben.

Allerdings zeigte sich die „Nutzung“ der Vertrauten in zwiespältiger Hinsicht. Einerseits bestätigen die Freundinnen die Interpretation der seelischen Beschwerden zu Symptomen, andererseits offenbarten sich auch die Grenzen der freundschaftlichen Beratung. Unter dem Aspekt der Beziehungsaufnahme können die freundschaftlichen Gespräche als erster Versuch gesehen werden, die Selbstwahrnehmung mitzuteilen, und zwar zuerst solchen Menschen, die der Probandin vertraut sind. Diese Erfahrung, ob positiv unterstützt von oder im Konflikt zu den Aussagen der Vertrauten, ermöglicht die Beziehungsaufnahme zu einer Fachperson.

6.2.1.2 Variable „Leidensdruck“

Der Leidensdruck (Kap. 2.4.4.4) wird gemeinhin als der wichtigste Faktor zur Aufnahme einer Psychotherapie angesehen (Mechanic 1976, Leaf et al. 1985, Leaf et al. 1988, Shapiro et al. 1984, Saunders 1993, Herschbach 1995). Er wird subjektiv erlebt (Tschuschke 1998) und hat nicht unbedingt damit zu tun, ob eine Diagnose den threshold-level erreicht hat oder nicht (Scheidt et al. 2003), schliesslich entscheiden sich viele Menschen ohne Diagnose mit Krankheitswert für eine psychotherapeutische Behandlung (Zola 1966, Leaf et al. 1985, Wittchen und Jacobi 2002).

Bevor der Leidensdruck erlebt und wahrgenommen wird, muss ein Blick auf sich selbst erfolgen, denn der Leidensdruck ist nicht einfach da, er wird abgewehrt (Freud 1895) und entsteht mit der Selbstwahrnehmung, die die Einschätzung der Persistenz der psychischen Störung, die erlebte Hilflosigkeit (Veith 1997) und das Ausmass der Abweichung zur Norm beinhaltet (Kap. 2.4.4.6).

Die Normabweichung entspricht der Wahrnehmung eines Unterschieds und deren Benennung (Link und Phelan 2001) und damit dem Vorgang der Stigmatisierung (Kap. 2.4.4.9). Sich nicht „normal“ fühlen heisst primär, sich als nicht eingebettet in der sozialen Gemeinschaft zu erfahren, eine Trennung von „ich“ und „wir“ (Crisp 2005) zu erleben und damit allein (Garfinkel und Goldbloom 2000) zu sein. Immer ist anzumerken, dass dies auch ganz allgemeine menschliche Gefühle sind (Scharfetter 2002), die bei der Entscheidung zur Psychotherapie in Erscheinung treten.

Bei Berücksichtigung dieser Leistung, die der Wahrnehmung des Leidensdrucks vorausgeht, redet Franz (1997a) eher von „Leistungs“- anstelle des „Leidens“-druck (Kap. 2.4.2.4). Eichenberger (2001) zeigt in einer Arbeit, dass Prädiktoren wie sich hoffnungslos fühlen und sich Selbstvorwürfe machen, entscheidender sind für eine Psychotherapie-Aufnahme als die Gesamtzahl der Symptome und das subjektiv erlebte Leid (Kap. 2.4.4.4).

Oft kann der Leidensdruck erst einsetzen, nachdem eine Symptommilderung erfolgt ist. Zudem sind auch Eigenschaften wie Zuversicht (Freud 1913, Veith 1997), Initiative (Nübling 1992), und, wie die vorliegenden Ergebnisse zeigen, Entschlossenheit, Autonomie und der mutige Blick auf sich selbst (Kap. 5.2.5), zentral bei der Entscheidung zur Psychotherapie.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie machen deutlich, dass der unterschiedlich erlebte Leidensdruck die Entscheidung zur Psychotherapie begleitet. Der Leidensdruck kam einem Drittel der Probandinnen bei der ersten offenen Eingangsfrage in den Sinn (Kap. 5.2.1), wurde bei der Wahrnehmung (Kap. 5.2.2), in einem konkreten Moment oder in einer diffusen Zeitspanne erlebt, anhand der Zuordnung der Beschwerden zu Symptomen als intensiv und verändert beschrieben (Kap. 5.2.3) und bei der tatsächlichen Kontaktaufnahme (Kap. 5.2.4) nur noch wenig angegeben.

Dies entspricht den Ergebnissen der Befindlichkeitsgraphik (Kap. 5.2.6), die zeigen, dass der Leidensdruck klar abfällt im Verlauf des Prozesses, zwar kurz vor dem Erstgespräch ansteigt, was mit der bevorstehenden Beziehungsaufnahme und der Fokussierung auf die eigenen Probleme erklärt werden kann, um anschliessend noch einmal abzufallen.

Diese klar sichtbare Verringerung des Leidensdrucks geht nicht einher mit dem erwähnten subjektiven Leidensdruck, der sich manchmal erst im Lauf des Inanspruchnahme-Prozesses entwickelt. Da die Probandinnen Psychotherapiepatientinnen sind, wurde bei ihnen im Erstgespräch der „Leidensdruck freigelegt“ (Blankenburg 1981). Sie erzählten retrospektiv von ihren Erfahrungen. Würden die Patienten in der entsprechenden Phase der Wahrnehmung befragt, würden sie möglicherweise ihren Leidensdruck anders einschätzen.

6.2.1.3 Variable „Angst“

Obwohl gelegentlich formuliert wird, der Widerstand, psychische Symptome zuzugeben, sei gesunken (Kessler et al. 2002, Eichenberger 2001, Kap. 2.1.2.1), werden psychische Störungen oft verschwiegen (Wulff 1991), dies vor allem von älteren Patienten, die in der Folge unbehandelt bleiben (WHO 2001b, Kap. 2.1.3.1). Auch in hausärztlichen Gesprächen werden aus Angst vor Stigmatisierung oft weder vom Arzt noch vom Patienten psychische Probleme angesprochen. Je dominanter das Gespräch von ärztlicher Seite geführt wird, desto eher werden psychische Probleme nicht angesprochen, was nach Kruse et al. (2004) in etwa jedem zweiten Gespräch der Fall ist.

So werden psychische Störungen oft in gegenseitiger Übereinstimmung (Kap. 2.2.1) als somatische Störungen behandelt. Franz (1997b) weist diesbezüglich auf die Bedeutung der Kopfschmerzen als gemeinsam verstandenen klinischen Code für eine positive Therapieakzeptanz hin. Die Variable Angst zeigte sich nicht nur in den einzelnen Interviewfragen, sondern war eng verknüpft mit der Angst vor Stigmatisierung (Kap. 2.4.2.9) und zeigte sich als eigenständiges Thema der Probandinnen (Kap. 5.2.5.1).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass sich die Variable „Angst“ im Verlauf des Prozesses wie folgt differenzierte: Während der ersten Wahrnehmung der Beschwerden war die Angst diffus, sie wurde noch nicht ganz wahrgenommen, sondern zeigte sich in der Selbststigmatisierung, die mit der Angst vor der Innenwelt und der Entwertung des eigenen Erlebens einhergeht (Kap. 5.2.2).

Im Verlauf des nächsten Stadiums erfolgte die Zuordnung des seelischen Leidens zu Symptomen mit Krankheitswert (Kap. 5.2.3), damit erreichte die Angst ihren Höhepunkt und äusserte sich in der Angst vor der Aussenwelt, der Fremdstigmatisierung.

Nach dem Entschluss zur Hilfesuche und dem Entscheid zu einer Fachperson ist sie der Furcht gewichen, sich auf die therapeutische Beziehung einzulassen. Die Angst vor der Therapeutin beinhaltete auch andere Ängste wie zu wenig gewichtige Symptome zu haben, doch nicht zum Gesundheitssystem zuzugehören, von der Therapeutin nicht verstanden werden, von ihr abgelehnt oder von ihr abhängig zu werden (Kap. 5.2.4).

6.2.1.4 Variable „Ressourcen“

Die Probandinnen der vorliegenden Studie thematisierten häufig ihre Selbstbehauptung, die sie bedroht sahen durch die Einschränkung der psychischen Symptomatik, aber auch die stigmatisierende Haltung sowohl der Gesellschaft wie auch der Probandin gegenüber psychischen Leidens und psychotherapeutischen Behandeln. Die Häufung von Bemerkungen der Probandinnen betreffend ihrer Autonomie, deren Infragestellung oder deren Betonung, ist ein überraschender Befund dieser Studie. Auch Schuster (2007) hat auf die Bedeutung der Autonomie hingewiesen. Diese Tendenz nach Selbstbehauptung oder Autonomie wird im folgenden zusammenfassend „Ressourcen“ genannt.

Bisher wurden ähnliche Hinweise auf die eigenen Ressourcen von denjenigen gefunden, die sich gerade nicht für eine Psychotherapie entschliessen konnten. Übereinstimmend fanden viele Autoren (von Cube 1983, Brähler und Brähler 1986, Strauss et al. 1991, Franz 1993, Wells et al. 1994, Kessler et al. 1997 und 2001, Tschuschke 1998, Eichenberger 2001) bei den Ablehnungsgründen zu einer Psychotherapie als häufigstes Motiv den Wunsch, die Probleme aus eigener Kraft, ohne fremde Hilfe, meistern zu können.

Entsprechend fanden Maercker et al. (2004, S. 177) ein „geringes Ausmass der Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit“ als Prädiktor für eine hohe Psychotherapiemotivation. Ebenso sei die innere Einstellung der Abbrecher mit Scham und der Überzeugung, die Behandlung sei nicht wirksam, verbunden (Edlund et al. 2002).

Nach Krause Jacob (1992) ist die Autonomie ein mögliches Kriterium zur Bewertung der erfolgten Veränderungen in der Psychotherapie. In ihrer Untersuchung zu Veränderungsprozessen in der Psychotherapie ist das Erlangen von Autonomie in der Lösung der eigenen Konflikte ein Motiv, das in vielen Berichten der Klientinnen enthalten ist: Die Bedeutung der Autonomie – und andererseits der Abhängigkeit von professionellen Helfern sei während des gesamten therapeutischen Prozesses präsent. Zudem wirkt die Autonomie den Ängsten, die bei der Psychotherapieaufnahme entstehen können (Kushner und Sher 1989), entgegen.

Seit langem ist bekannt (Kap. 2.4.2.6), dass die eigene Mitbeteiligung und Selbstinitiative (Strauss et al. 1991) für die Psychotherapiemotivation wichtig ist. Zudem wird mit der autonomen Gestaltung der Psychotherapieaufnahme die Compliance (Strauss et al. 1991) gestärkt, was wiederum die Prognosen (Franz 1993) für eine erfolgreiche Psychotherapie verbessert.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die Probandinnen das Thema der Selbstbestimmung und Autonomie sehr häufig erwähnten, obwohl diese Variable nicht erfragt wurde im Interview. Des weitern zeigte sich, dass sich die Variable „Ressourcen“ über den Verlauf des Inanspruchnahmeprozesses wie folgt veränderte: Während der Wahrnehmung der seelischen Be-

schwerden wurden die Ressourcen gebraucht, um die Wahrnehmung zu schärfen (Kap. 5.2.2). Erst mit zunehmendem Abstand zu sich selbst konnte das Geschehen eingeordnet werden. Diese Konfrontations- und Klärungsphase verlangte von den Probandinnen sowohl seelische als auch kognitive Fähigkeiten, um das seelische Leiden einschätzen und beurteilen zu können. Dies erforderte den Gebrauch der Autonomie (Kap. 5.2.3). Für die konkrete Kontaktaufnahme wurden die Ressourcen, die Selbstwahrnehmung und Selbstbestimmung, gebraucht, um handeln zu können und den Kontakt zur Therapeutin herzustellen (Kap. 5.2.4).

6.2.2 Das dynamische Modell der Psychotherapie-Inanspruchnahme mit Wechselwirkungen der Variablen

6.2.2.1 Das perspektivische Modell

Die Psychotherapieaufnahme wird seit langem als Prozess verschiedener Entscheidungsschritte angesehen (Zola 1966, Kadushin 1969, Mechanic 1976, Kessler et al. 1981, Siegrist 1984, Siegrist 1995, Nadler 1991, Saunders 1993, Stroczan 1993, Reinecker und Krauss 1994, Franz 1997a, Schuster 2007), der in Phasen verläuft; beginnend mit der Erkenntnis, dass ein Problem da ist und endend mit der Kontaktaufnahme zu einer professionellen Fachperson (Kap. 2.4.1.1). Dabei ist der Hinweis auf die Dynamik des Prozesses hilfreich (Nadler 1991, Kap. 2.4.1.2).

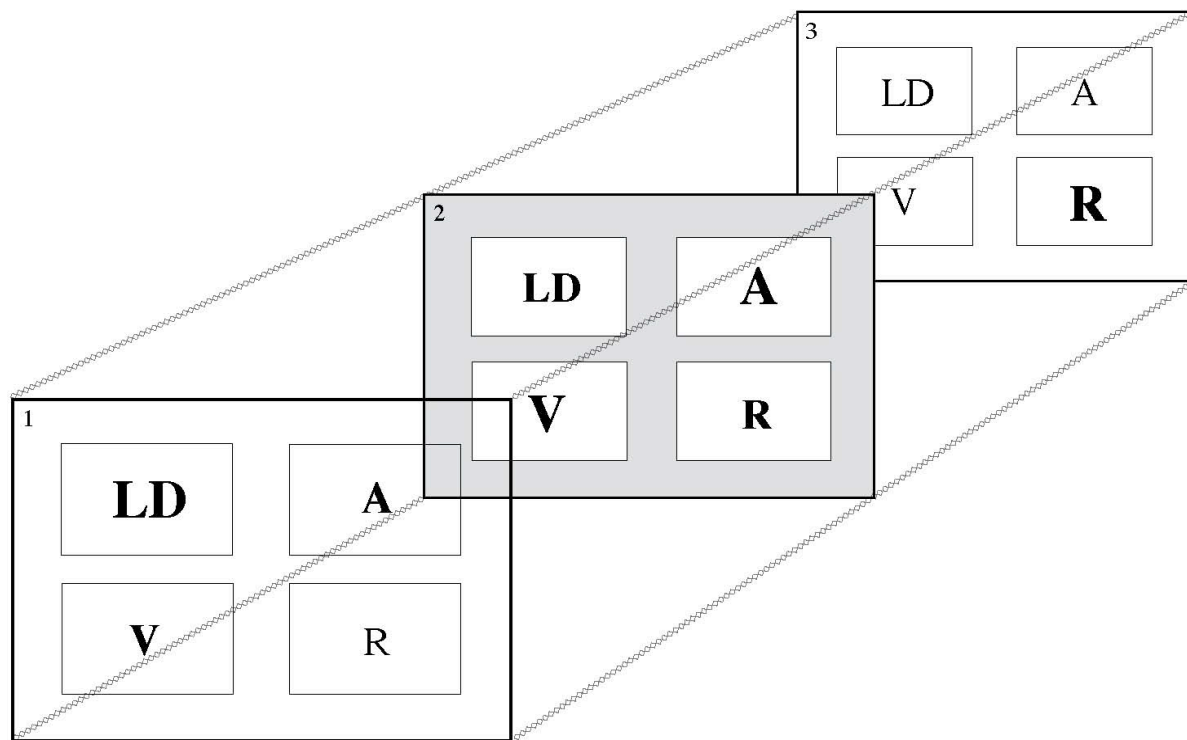
Das folgende Modell zeigt ein perspektivisches Modell der Psychotherapie-Inanspruchnahme. Die drei Vierecke repräsentieren die drei Schritte des Inanspruchnahmeprozesses, so wie es für die vorliegende Studie verwendet worden ist. Bei jedem Schritt des Inanspruchnahmeprozesses werden die vier Komponenten (Kap. 6.2.2) in verschiedener Schriftgrösse dargestellt, je intensiver die Wirkung der Variablen, desto fetter und grösser ist der Buchstabe.

Das 1. Viereck zeigt den ersten Schritt des Phasenmodells der Psychotherapie-Inanspruchnahme. Die Variable Leidensdruck ist am höchsten, die Variable Ressourcen am tiefsten, die Variablen Vertraute und Angst sind mittel.

Das 2. Viereck zeigt das zweite Stadium des Inanspruchnahmeprozesses. Es hebt sich hervor, denn es ist der Höhepunkt der emotionalen und kognitiven Leistungen während des Prozesses. Die Variablen Angst und Vertraute sind am höchsten, die Variablen Leidensdruck und Ressourcen sind mittel.

Das 3. Viereck zeigt den dritten Schritt der Inanspruchnahme. Lediglich die Variable Resource ist am höchsten, die anderen drei Variablen sind am tiefsten. Damit ist der Inanspruchnahmeprozess beendet.

Abb 50: Perspektivisches Modell des Inanspruchnahmeprozesses



Die Abbildung 1 zeigt die drei Stadien des Inanspruchnahmeprozesses. Jedes Stadium enthält die vier Variablen Leidensdruck (LD), Vertraute (V), Angst (A) und Ressourcen (R), welche zueinander in Wechselwirkung stehen. Die Variablen verändern sich im Lauf des Inanspruchnahmeprozesses.

Während der Leidensdruck (LD) zunehmend abfällt, nimmt die Wirkung der eigenen Ressourcen (R) kontinuierlich zu. Die Angst (A) hingegen ist zunächst nur diffus spürbar, verdichtet sich jedoch während dem Prozess der Zuordnung der Symptome, und weicht bei der Kontaktaufnahme der Furcht vor der phantasierten Therapeutin. Die Vertrauten (V) haben zunächst nur eine unterstützende Funktion, helfen der Patientin beim kognitiven Prozess, bei dem die Beschwerden als behandelbare Symptome angesehen werden können, und werden bei der konkreten Kontaktaufnahme zur Therapeutin kaum mehr gebraucht.

6.2.2.2 Wechselwirkungen während dem ersten Schritt der Psychotherapie-Aufnahme

Während dem ersten Schritt des Inanspruchnahmeprozesses ist die Ausprägung der Variable „Leidensdruck“ am höchsten, diejenige der Variablen „Ressourcen“ am tiefsten und die Werte der Variablen „Angst“ und „Vertraute“ mittel.

Die Vertrauten haben die Funktion, die Selbstwahrnehmung zu unterstützen und den Leidensdruck wahrzunehmen (Kap. 5.2.2.4). Noch sind die Ressourcen am tiefsten. Die ganze Kraft

wird gebraucht, um den eigenen seelischen Zustand wahrzunehmen und einen Blick auf sich selber zu richten. Alle andern Fragen sind untergeordnet.

Zunächst ist der Leidensdruck am höchsten, obwohl die Beschwerden und Gefühle diffus sind. Die Angst wird noch nicht als Bedrohung gefasst, ist aber verantwortlich für das Unbehagen oder das Gefühl, es stimme etwas nicht. Sie äussert sich in der Selbststigmatisierung, bei der die Probandin sich selbst entwertet. Die Vertrauten werden vorsichtig genutzt, um sich zu beruhigen, die Angst zu lindern und die Selbstwahrnehmung der verunsicherten Probandin zu unterstützen. Die seelischen Probleme werden zunächst als etwas Persönliches betrachtet, das privat mit vertrauten Personen besprochen wird.

6.2.2.3 Wechselwirkungen während dem zweiten Schritt der Psychotherapie-Aufnahme

Während dem zweiten Schritt des Inanspruchnahmeprozesses sind die Ausprägungen der Variablen „Vertraute“ und „Angst“ am höchsten, die Werte der beiden Variablen „Leidensdruck“ und „Ressourcen“ sind mittel.

Der Leidensdruck mildert sich durch den Blick auf sich selber, die erhöhte Selbstwahrnehmung und durch die kognitive Leistung, was jedoch gleichzeitig die Angst erhöht. Die Vertrauten unterstützen den Entscheid zur Psychotherapie, was wiederum den Leidensdruck senkt. Mit der Einschätzung, dass das eigene Leiden Krankheitswert hat, steigt die Angst. Diese wird durch die Ressourcen, die gewachsene Selbstentschlossenheit und Hoffnung auf Veränderung, gemildert.

Der Klärungsprozess und die Interpretation der vorher wahrgenommenen seelischen Probleme führt zur Auseinandersetzung mit den Problemen. Die Gefühle können differenzierter beschrieben werden. Die Angst ist nicht mehr diffus, sondern äussert sich in der Fremdstigmatisierung, der Angst, dass die Probandin von den andern entwertet wird. Da in diesem Schritt der Blick auf sich selbst aus einem gewissen Abstand erfolgt, ist nicht nur die Selbstentwertung, sondern die projizierte Entwertung der anderen spürbar. Die Vertrauten unterstützen die Probandinnen in diesem Kampf gegen die hohe Angst vor Fremdstigmatisierung.

Die Vertrauten bekräftigen die Probandin, etwas zu unternehmen, nicht nur den zuvor wahrgenommenen Leidensdruck auszuhalten, sondern die eigenen Ressourcen zu brauchen und der hohen Angst vor Fremdstigmatisierung entgegenzusteuern. Sie unterstützen den kognitiven Prozess der Interpretation und fördern die Selbstwahrnehmung und den Wunsch der Probandinnen, es selbst in die Hand zu nehmen, was paradoxerweise bedeutet, sich einzugestehen, Hilfe zu brauchen. Entsprechend dazu steigt die Autonomie der Probandin während dem zweiten Schritt.

6.2.2.4 Wechselwirkungen während dem dritten Schritt der Psychotherapie-Aufnahme

Während dem dritten Schritt des Inanspruchnahmeprozesses sind die Werte der drei Variablen „Leidensdruck“, „Angst“ und „Vertraute“ am tiefsten, einzig der Wert der Variablen „Ressource“ ist am höchsten.

Sowohl der Leidensdruck, wie auch die Angst und die Funktion der Vertrauten fällt ab, denn die Aufmerksamkeit fokussiert jetzt auf die Person der Therapeutin und auf den Moment des Erstgesprächs. Erst jetzt empfinden die Probandinnen ihre seelischen Beschwerden nicht nur als etwas Persönliches, sondern als Symptome, die einer Fachperson gegenüber mitteilbar sind.

Die Probandinnen sind gut unterstützt von den Vertrauten, daher ist nicht mehr die Angst vor den Vertrauten nötig, sondern eher die Angst vor der Therapeutin beziehungsweise den projizierten angstbesetzten Phantasien der Probandinnen.

Die Angst vor Stigmatisierung wird so auf die Therapeutin gerichtet, damit ist die Angst bereits in der phantasierten therapeutischen Beziehung gehalten und erklärt die nachfolgende Entlastung. Dadurch entsteht Raum, um handeln zu können und den Kontakt zur Therapeutin herzustellen.

Die Ressourcen, die Bestrebung nach Selbständigkeit und Selbstbehauptung braucht die Probandin für den Kontakt mit der Therapeutin, die Vertrauen werden dazu nicht mehr benötigt. Nicht mehr die diffusen und angstbesetzten Stimmungen sind vorherrschend, sondern das starke Gefühl, etwas zu unternehmen, steht im Mittelpunkt und macht die Handlung des ersten telefonischen Kontaktes zur Therapeutin möglich.

6.3 Die selbstbewusste Entscheidung zur Psychotherapie

Der Prozess zur Psychotherapieaufnahme zeigt sich als ein dynamisches Geschehen, das sich um das widersprüchliche Verhältnis des Eingeständnisses zur Hilfesuche und der Selbstbestimmung dreht. Dabei sind, wie vorgängig mit dem Modell des Prozesses der Psychotherapie-Aufnahme dargestellt, vier Variablen entscheidend, die in Wechselwirkung zueinander stehen.

Die Lösung besteht aus der Befreiung des Annäherungs-Vermeidungskonflikts (Miller 1944), und dem Ringen um „Souveränität“ (Buchholz 2002a), welche bereits durch die Erschütterung der psychischen Symptome bedroht ist.

6.3.1 Das Dilemma der Entscheidung

Die Entscheidung zur Psychotherapie ist eine Ausnahmeentscheidung, die im Extrem zwischen Suizid und Psychotherapieaufnahme schwankt (Schepank 1996, Kap. 2.4.3). Sie ist das Ende des dynamischen Prozesses der Hilfesuche (Nadler 1991), bei welchem das Dilemma

gelöst werden muss, gleichzeitig stark und schwach zu sein. Um sich eingestehen zu können, Hilfe zu brauchen, muss die eigene Schwäche respektiert werden. Das Dilemma bietet die Wahl zwischen zwei unangenehmen Möglichkeiten; weiterhin unter den Symptomen zu leiden oder die angstvoll phantasierte Begegnung mit der Therapeutin in Kauf zu nehmen.

Dies wird verschärft durch den Umstand, dass, anders als bei somatischen Erkrankungen, bei psychischen Störungen die betroffene Person sich selbst als Fachperson ansieht (Schuster 2007). Diese muss sicher sein, dass sowohl ihre Autonomiewünsche wie auch ihre Hilfsbedürftigkeit respektiert werden. Dies spiegelt sich in Ängsten, die Therapeutin würde entwertend sein, oder in Wünschen, das Erstgespräch als romantisches Date anzusehen. Der Entschluss zur Psychotherapie-Aufnahme beinhaltet die Überwindung des Dilemmas, sich Hilfe einzugestehen und gleichzeitig autonom zu bleiben. Dialektisch würde das für die Probandin heissen: „Wenn ich gehen kann, dann komme ich“.

6.3.2 Die Bewältigung des Dilemmas

Die Wahrnehmung der Symptome geht mit einem ersten Kontrollverlust einher und wird mit Autonomiebestrebungen aufgefangen. Indem die psychischen Symptome als persönliche Kränkung (Franz 1994) oder als eigenes Versagen betrachtet werden, versucht die Patientin, mit erhöhter Anstrengung die Kontrolle über sich selbst wieder zu erlangen. Hilfe aufzusuchen, kann dabei erneut mit Kontrollverlust assoziiert werden.

Erst in einem zweiten Schritt kann die Probandin, möglicherweise im Gespräch mit Vertrauten, ein „ticket of admission“ (Kadushin 1969, 2006) entwickeln und mit Hilfe von kognitiven Fähigkeiten die Beschwerden Symptomen zuordnen, die behandlungsbedürftig sind. Damit erst kann die Probandin eine subjektive Krankheitstheorie entstehen lassen und in der Folge dem Wunsch nach Besserung oder Heilung Raum geben. Dieser Vorgang ist relevant für das Zustandekommen der Eigenmotivation, die für eine Compliance wiederum Voraussetzung ist.

6.3.3 Die selbstbewusste Haltung

Da die therapeutische Beziehungsaufnahme sensibel und Psychotherapie ein Beziehungsgeschehen (Kap. 2.2.3) ist, ist die Aufnahme einer Beziehung gefährlich und setzt ihrerseits einen Vorgang in Kraft, bei dem es darum geht, das Eigene durch autonome Bestrebungen zu schützen. Die selbstbewusste Kontaktaufnahme kann als Antwort auf die Herausforderung dieser sensiblen Beziehungsaufnahme verstanden werden.

Erst wenn seelische Probleme in einem kognitiven und affektiven Prozess in mitteilbare Symptome verwandelt werden, kann die Probandin Kontakt aufnehmen zu einer ausgewählten Fachperson. Um Selbstbehauptung und Autonomie ringend überwindet die Probandin die Angst und kann schliesslich nach einem langdauernden Prozess selbstbewusst Psychotherapie aufnehmen.

7. Literatur

Abt G (1990) Inanspruchnahme psychiatrischer und allgemeinmedizinischer Dienste durch psychisch Kranke. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Ludwig – Maximilian Universität zu München

Addis ME, Mahalik JR (2003) Men, masculinity, and the context of help-seeking. *Am Psychol* 58 1; 5 - 14

Ajdacic-Gross V, Graf M (2003) Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg

Alberti L (1994) Von quantitativer zur qualitativen Forschung. In: Faller H, Frommer J (Hg) *Qualitative Psychotherapieforschung: Grundlagen und Methoden*. Asanger, Heidelberg; 53 - 56

Alberts JF, Sanderman R, Gerstenbluth I, van den Heuvel WJ (1998) Sociocultural variations in help-seeking behavior for everyday symptoms and chronic disorders. *Health Policy* 44, 1; 57 - 72

Alegria M, Kessler RC, Bijl R, Lin E, Heeringa SG, Takeuchi DT, Kolody B (2000 a) Comparing data on mental health service use between countries. In: Andrews G, Henderson S (Ed) *Unmet need in psychiatry*. Cambridge University Press, Cambridge; 97 - 118

Alegria M, Bijl BV, Lin E, Walters EE, Kessler RC (2000 b) Income differences in Persons Seeking Outpatient Treatment for Mental Disorders. A Comparison of the United States With Ontario and the Netherlands. *Archives of General Psychiatry* 57; 383 - 391

Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP), Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2002) Medizinische Notwendigkeit der Psychotherapie steht ausser Frage. Gemeinsame Stellungnahme von AÄGP, DGPM und DGPPN. *Nervenarzt* 73; 100 - 101

Altmeyer M (2000) Narzissmus, Intersubjektivität und Anerkennung. *Psyche* 54; 143 - 171

Andrews G, Hall W, Teesson M, Henderson S (1999) The mental health of the Australians: National Survey of Mental Health and Wellbeing Report 2. Commonwealth Mental Health Branch, Canberra Act

Andrews G (2000) Meeting the unmet need with disease management. In: Andrews G, Henderson S (Ed) *Unmet need in psychiatry*. Cambridge University Press, Cambridge; 11 - 36

Andrews G, Sanderson K, Slade T, Issakidis C (2000) Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. In: *Bulletin of the World Health Organisation* 78, 4; 446 - 454

Angell B, Cooke A, Kovac K (2005) First-Person accounts of stigma. In: Corrigan PW (Ed) On the stigma of mental illness. American Psychological Association, Washington DC; 69 - 98

Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller SG (1999) Whom to ask for help in case of mental disorder? Preferences of the lay public. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 34; 202 - 210

Angst J, Sellaro R (2001) Geschlecht und Angsterkrankungen, Phobien und Zwangsstörungen. In: Riecher-Rössler A, Rohde A (Hg) Psychische Erkrankungen bei Frauen: für eine geschlechtssensible Psychiatrie und Psychotherapie. Karger, Basel

Annandale E, Hunt K (1990) Masculinity, femininity and sex: an exploration of their relative contribution to explain gender differences in health. Sociol. Health Illn. 12; 24-46

Anthony JC (2000) Putting epidemiology and public health in needs assessment: drug dependence and beyond. In: Andrews G, Henderson S (Ed) Unmet need in psychiatry. Cambridge University Press, Cambridge; 302 - 308

Antonovsky A (1987) Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche und erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Dgvt-Verlag, Tübingen, 1997

Araya R, Wynn R, Leonard R, Lewis G (1994) Psychiatric Morbidity in Primary Health Care in Santiago, Chile. British Journal of Psychiatry 165; 530 – 533.

Araya R (2001) Common mental disorders in Chile. Prevalence and socio-demographic correlates. The British Journal of Psychiatry 178; 228 - 233

Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G, Peters TJ (2003) Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. Lancet 22, 361 (9362); 995 - 1000

Arber S, Cooper H (1999) Gender and Differences in Later Life: The New Paradox. Special issue on Gender and Health. Soc Sci Med 48; 61 - 76

Argelander H (1970) Das Erstinterview in der Psychotherapie. Wiss. Buchgesellschaft, Darmstadt

Arolt V (1994) Psychotherapie der Depression in den Praxen niedergelassener Nervenärzte: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Psychother Psychosom Med Psychol 44; 177 - 183

Asay TP, Lambert MJ (2001) Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Wirkfaktoren: Quantitative Ergebnisse. In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD (Hg) So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Verlag modernes Leben, Dortmund; 41 - 82

Backenstrass M, Kronmüller K, Mundt Ch, Fiedler P (1997) Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie von Patienten mit endogener Depression nach stationär-psychiatrischer Behandlung. In: PPmP Psychotherap. Psychosom med Psychol 47; 234 – 239

- Bachelor A, Horvath A (2001) Die therapeutische Beziehung. In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD (Hg) So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Verlag modernes Leben, Dortmund; 137 - 192
- Baecker D (1994) Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft. Zeitschrift für Soziologie 23; 93 - 110
- BAG (Bundesamt für Gesundheit) (2004) Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. Psychische Gesundheit. Strategientwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. BAG, Bern
- Balint M (1976) Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Suhrkamp, Stuttgart
- Baltensperger C (1996) Psychotherapie: Kostspieliger Luxus oder gesellschaftlicher Nutzen. Dissertation an der Universität Bern: Selbstverlag
- Bänninger-Huber E (2001) Von der Erfolgsforschung zur Prozessforschung - und wieder zurück? Zum aktuellen Stand der Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum. Der Psychotherapeut 46, 5; 348 - 352 Springer Verlag
- Bastine R (1998) (3. Aufl.) Klinische Psychologie. Bd 1 Kohlhammer, Stuttgart
- Bateman A, Fonagy P (2001) Treatment of Borderline Personality Disorder With Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization: An 18-Month Follow-Up. Am J Psychiatry 158; 36 - 42
- Bateman A, Fonagy P (2003) Health service utilization costs for borderline personality disorder treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. Am J Psychiatry 160, Jan; 169 - 171
- Bayer JK, Peay MY (1997) Predicting intentions to seek help from professional mental health services. Aust N Z J Psychiatry 31, 4; 504 - 513
- Bebbington P (2000) The need for psychiatric treatment in the general population. In: Andrews G, Henderson S (Ed) Unmet need in psychiatry. Cambridge University Press, Cambridge; 85 - 96
- Becker T, Thornicroft G, Leese M, McCrone P, Johnson S, Albert M, Turner D (1997) Social networks and service use among representative cases of psychosis in South London. British Journal of Psychiatry 171; 15 - 19
- Beeler I, Lorenz S, Szucs TD (2003) Provision and remuneration of psychotherapeutic services in Switzerland. In: Soz.- Präventivmed 48; 88 - 96
- Benz A (1988) Augenblicke verändern mehr als die Zeit: Das psychoanalytische Erstinterview als erster Eindruck von Therapeut und Gesprächspartner. Psyche, 42; 577 - 601
- Berenzon Gorn S, Sugiyama Ito E (2004) Between traditional and scientific medicine: A research strategy for the study of the pathways to treatment followed by a group of mexican patients with emotional disorders. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative

Social Research (Online Journal), 5 (2). Abrufbar über: <http://qualitative-research.net/fqs>, 02.06.04

Best D, Williams J (1995) A cross-cultural viewpoint. In: Beale A, Sternberg R (Ed) The Psychology of gender. Guilford, New York; 215 - 250

Beutel M, Henrich G, Sellschopp A, Keller M, Adermayer W (1996) Bedarf und Inanspruchnahme ambulanter psychosozialer Versorgung Krebskranker – am Beispiel der onkologischen Tagesklinik. Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie 46; 305 – 311

Beutel M, Rasting M (2001) Langzeittherapien aus der Rückschau ehemaliger Patienten. In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Hg) Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Kohlhammer, Stuttgart; 187 - 200

Beutel M, Leuzinger-Bohleber M, Rasting M (2004) Indikation und Wirksamkeit. Psychoanalyse und psychoanalytische Verfahren in der medizinischen Versorgung. DPV-Informationsschrift Deutsche Psychoanalytische Vereinigung. www.psychoanalyse.ch

Bierhoff HW, Buck E (1997) Wer vertraut wem? Soziodemografische Merkmale des Vertrauens. In: Schweer MKW (1997) Vertrauen und soziales Handeln: Facetten eines alltäglichen Phänomens. Luchterhand, Neuwied, Kriftel, Berlin

Bijl RV, de Graaf R, Ravelli A, Smit F, Vollebergh WAM (2002) Gender and age-specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. Soc Psychiatr Epidemiol 37; 372 – 379

Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, Üstün TB, Vicente B, Vollebergh WA, Walters EE, Wittchen HU (2003) The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. Health Aff (Millwood) 22; 122 - 133

Bitzer J (2001) Somatisierungsstörungen in der Gynäkologie und Geburtshilfe. In: Riecher-Rössler A, Rohde A (Hg) Psychische Erkrankungen bei Frauen. Für eine geschlechtssensible Psychiatrie und Psychotherapie. Karger, Basel, Freiburg, Paris, London, New York, New Dehli, Bangkok, Singapore, Tokyo, Sydney; 92 – 102

Bland RC, Newman SC, Orn H (1997) Help-seeking for psychiatric disorders. Can J Psychiatry 42, 9; 935 - 942

Blankenburg W (1981) Der „Leidensdruck“ des Patienten in seiner Bedeutung für Psychotherapie und Psychopathologie. Nervenarzt 52; 635 - 642

Blaser A (1978) Der Urteilsprozess bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie. Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien

Blaser A (1989) Die Wirksamkeit von Wahrnehmungstereotypen bei der Indikation zur Psychoanalyse. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 35; 59 - 67

Blatt S, Zuroff D, Bondie C, Sanislow C (2000) Short and longterm effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: further analysis of data from the NIMH TDCRP. Psychotherapy Research 10; 215 - 234

- Blumer H (1973) Der methodologische Standpunkt des symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg) Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Bd. 1. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg; 80 - 146
- Bopp A, Nagel D, Nagel G (2005) Was kann ich für mich selbst tun? Patientenkompetenz in der modernen Medizin. Rüffer und Rub, Zürich
- Bortz J, Döring N (1995) (2. überarb. Aufl.) Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Springer, Berlin
- Bortz J, Lienert GA (1998) Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York
- Brähler C, Brähler E (1986) Der Einfluss von Patientenmerkmalen und Interviewverlauf auf die Therapieaufnahme – eine katamnestische Untersuchung zum psychotherapeutischen Erstinterview. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 32; 140 - 160
- Breuer F, Mruck K (2000). Zu diesem Band: Qualitative Methoden und Psychologie im deutschen Sprachraum. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal], 1(2). Abrufbar über: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-d/2-00inhalt-d.htm> [Zugriff: 04. 03. 03]
- Brieger P, Marneros A (2000) Komorbidität bei psychiatrischen Krankheiten. Nervenarzt 71; 525 – 534
- Brockmann J, Schlüter T, Eckert J (2001) Die Frankfurt-Hamburg Langzeit-Psychotherapiestudie – Ergebnisse der Untersuchung psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeit-Psychotherapie in der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Hg) Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Kohlhammer, Stuttgart; 271 - 276
- Brody S (1993) Traditional Ideology, Stress, and Psychotherapy Use. In: The Journal of Psychology 128, 1; 5 - 13
- Brown GW (1991) A psychosocial view of depression. In: Bennett DH, Freeman HL (Ed) Community psychiatry. Churchill Livingstone, London; 71 – 114
- Brundtland GH (2000) Mental Health in the 21st century. Bulletin of the World Health Organization 78, 4; 411
- Brusis J, Vogel B, Mai N (1998) Warum wird die psychosoziale Nachbetreuung von Brustkrebspatientinnen häufig nicht genutzt? In: Koch U, Weis J (Hg) Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Schattauer, Stuttgart, New York; 310 - 317
- Bryman A (1999) The Debate about quantitative and qualitative research. In: Bryman A, Burgess R (Ed) Qualitative Research. Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi; 35 - 83
- Buchholz MB (1987) Das Erstinterview in der Beratung: Ein kommunikativer Gesichtspunkt. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 26; 98 - 106

- Buchholz MB (1999) Psychotherapie als Profession. Psychosozial-Verlag, Giessen
- Buchholz MB (2002a) Compliance – Psychoanalytische Perspektiven. Homepage der DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (www.dgpt.de) 02.01.2002
- Buchholz MB (2002b) Depression. Hinweise für den praktischen Arzt, wann ein Psychotherapeut konsiliarisch zugezogen werden sollte. Homepage der DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (www.dgpt.de) 02.01.2002
- Buchholz MB (2002c) Psycho-News-Letter Nr.2. Homepage der DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (www.dgpt.de) 02.01.2002
- Buchholz MB (2003) Relationen und Konvergenzen – Neue Perspektiven der Psychoanalyse. Psychotherapeutenjournal; 2, Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hühig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg; 87 - 96
- Buchmann R, Schlegel M, Vetter J (1996) Die Eigenständigkeit der Psychotherapie in Wissenschaft und Praxis. Die Bedeutung der Schweizer Psychotherapiecharta. In: Pritz A (Hg) Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen. Springer, Wien, New York; 75 - 121
- Buller R, Winter P, Amering M, Kath Schnig H, Lavori PW, Deltito JA, Klerman GL (1992) Center differences and cross - national invariance in help - seeking for panic - disorder. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 27; 135 - 141
- Bulmer M (1984) The Chicago School of Sociology: Institutionalization, Diversity, and the Rise of Sociological Research. University of Chicago Press, Chicago
- Camenzind P, Meier C (2004) Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Hans Huber, Zürich
- Carroll L (1865) Alice's adventures in wonderland (De Luxe Edition, 1946). J.J. Little Ives Company, New York
- Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, Laszlo J, Litts DA, Mann J, Mansky PA, Michels R, Miles SH, Proujansky R, Reynolds CF, Silverman MM (2003) Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. JAMA 289, 23; 3161 - 3166
- Cochran SV, Rabinowitz FE (1996) Men, loss, and psychotherapy. Psychotherapy 33, 4; 593 - 600
- Cohen S, Wills TA (1985) Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin 98; 310 - 357
- Copeland JRM (2000) A personal overview. In: Andrews G, Henderson S (Ed) Unmet need in psychiatry. Cambridge University Press, Cambridge; 417 - 421

Corney R (1990) Sex Differences in General Practice, Attendance and Help Seeking for Minor Illness. *Journal of Psychosomatic research* 34, 5; 525 – 534

Corrigan PW (2005) Mental illness stigma as a social injustice: yet another dream to be achieved. In: Corrigan PW (Ed) *On the stigma of mental illness*. American Psychological Association, Washington DC; 315 - 320

Corrigan PW, Kleinlein P (2005) The impact of mental illness stigma. In: Corrigan PW (Ed) *On the stigma of mental illness*. American Psychological Association, Washington DC; 11 – 44

Cramer J, Rosenbeck R (1998) Compliance with medications regimes for mental and physical disorders. *Psychiatric Services* 48; 196 - 201

Cremerius J (1990) (2. Aufl.) *Vom Handwerk des Psychoanalytikers: das Werkzeug der psychoanalytischen Technik*. (Bd 2) Friedrich Frommann Verlag, Stuttgart-Bad, Cannstadt

Creswell JW (2003) *Research Design: Qualitative, quantitative, and mixed method approaches*. 2nd ed. Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi

Crisp A (2005) Changing Minds: „Every Family in the Land“. Die Antistigma-Kampagne des Royal College of Psychiatrists. In: Gaebel W, Möller HJ, Rössler W (2005) *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung – Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Kohlhammer, Stuttgart; 224 - 245

Crits-Christoph P (1997) Limitations of the „Dodo-Bird“ verdict and the role of clinical trial in psychotherapy research: Comment on Wampold et al. (1997). *Psychological Bulletin* 122; 216 - 220

Csontos I (2000) Psychotherapieforschung: Grawe-Debatte und aktuellere Fragestellungen. *Schweizerische Ärztezeitung* 81, 27; 1527 - 1531

Cube v T (1983) Katamnese von Patienten der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Klinik der Universität München. *Zschr psychosom Med* 29; 49 - 75

Davies J, McCrae BP, Frank J, Dochnahl A, Pickering T, Harrison B, Zakrzewski M, Wilson K (2000) Identifying male college students' perceived health needs, barriers to seeking help, and recommendations to help men adopt healthier lifestyles. *J Am Coll Health* 48, 6; 259 - 267

De Col C, Seewald G, Meise U (2004) Individuelle Bewältigung von Stigmatisierung und Diskriminierung. In: Rössler W (Hg) (2004) *Psychiatrische Rehabilitation*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg; 861 - 886

Denzin NK (1978) *The research act: a theoretical introduction to sociological methods*. McGraw Hill (2. ed), New York

Denzin NK (2000a) Symbolischer Interaktionismus. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I (Hg) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg; 136 - 149

Denzin NK (2000b) The practices and politics of interpretation. In: Denzin NK, Lincoln YS (Ed) Handbook of qualitative research. (2.ed.) Sage Publication, Thousand Oaks, California; 897 - 923

Denzin NK, Lincoln YS (2000c) (Ed) Handbook of qualitative research. (2. ed.) Sage Publication, Thousand Oaks, California

Derogatis LR, Morrow GR (1983) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 249, 6; 751 - 757

Dilling H, Weyerer S (1984) Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung bei Erwachsenen und Jugendlichen. : Dilling H, Weyerer S, Castell R (Hg) Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Eine Felduntersuchung zur psychiatrischen Morbidität und zur Inanspruchnahme ärztlicher Institutionen in 3 ländlich-kleinstädtischen gemeinden Traunstein / Oberbayern. Enke-Verlag, Stuttgart; 1- 122

Dohrenwend BP (1966) Social Status and Psychological Disorder: An Issue of Substance and an Issue of Method. American Sociological Review 31, 1; 14 - 34

Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, Skodol AE, Stueve A (1998) Ethnicity, Socioeconomic Status, and Psychiatric Disorders: A Test of the Social Causation – Social Selection Issue. In: Dohrenwend BP (Ed) Adversity, Stress and Psychopathology. Oxford University Press, New York, Oxford; 285 - 318

Dolto Françoise (2000) L'enfant, le juge et la psychanalyste. Gallimard, Paris

Driessen M, Petzold J, Dilling H (1996) Psychotherapie in der Praxis niedergelassener Ärzte und Psychologen. Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie 46, Thieme Verlag, Stuttgart, New York; 90 - 95

Druss BG Wang PhS, Sampson NA, Olfson M, Pincus HA, Kenneth BW, Kessler RC (2007) Understanding mental health treatment in persons without mental diagnoses. Arch Gen Psychiatry 64, 1196 - 1203

Duerr HP (1995) Nacktheit und Scham. Der Mythos vom Zivilisationsprozess. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Dührssen A, Jorswieck E (1965) Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. Zeitschrift für psychosomatische Medizin 44, (1998); 311 – 318 (Nachdruck aus Nervenarzt 36; 166 – 169)

Duncan BL (2002) The legacy of Saul Rosenzweig: The Profundity of the Dodo Bird. Journal of Psychotherapy Integration 12, 1; 32 - 57

Eaton JW, Weil RJ (1955) Culture and mental Disorders. Free Press, Glencoe Ill

Eberl D (2000) Gemeinsamer Unterricht von behinderten und nichtbehinderten Schülern in der Beurteilung von Schulleitern und Lehrern. Dissertation an der Rheinischen-Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn. Wehle, Witterschlick / Bonn

- Eberle TS (2005) Stand und Perspektiven qualitativer Sozialforschung in der Schweiz. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research (Online Journal), 6 (2). Abrufbar über: <http://qualitative-research.net/fqs>, 29.05.05
- Eckstaedt A (1992) (2. Aufl.) Die Kunst des Anfangs: psychoanalytische Erstgespräche. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Edlund M, Wang PS, Berglund P, Katz SJ, Lin E, Kessler RC (2002) Dropping Out of Mental Health Treatment: Patterns and Predictors Among Epidemiological Survey Respondents in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry* 159; 845 - 851
- Eichenberger A (2001) Zugang zur Behandlung und Prädiktoren der Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei Depressionen und Angststörungen. Master Thesis zur Erlangung des Masters of Public Health im Rahmen des inneruniversitären Nachdiplomstudiums Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich
- Eisenhardt KM (1999) Building Theories from Case Study Research. In: Bryman A, Burgess R (1999) *Qualitative Research*. Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi; 135 - 159
- Elliott R, Stiles WB, Shapiro DA (1993) Are some therapies more equivalent than others? In: Giles TR (Ed) *Handbook of effective psachotherapy*. Plenum Press, New York; 445 - 479
- Ellison ML, Russinova Z, MacDonald-Wilson KL, Lyass A (2003). Patterns and correlates of workplace disclosure among professionals and managers with psychiatric conditions. *Journal of Vocational Rehabilitation* 18, 1; 3 - 13
- Eysenck HJ (1952) The effects of psychotherapy. An evaluation. *Journ Consult Psychol* 16; 319 - 324
- Ernst K (2001) (2. Aufl. / 1. Aufl. 1998) *Psychiatrische Versorgung heute: Konzepte, Konflikte, Perspektiven*. Verlag Wissenschaft und Praxis, Sternenfels
- Escobar J, Burnam A, Karno M, Forsythe A, Golding J (1987) Somatization in the community. *Archives of General Psychiatry* 44; 713-718
- Fagot B, Hagen R (1985) Aggression in toddlers responses to the aggressive acts of boys and girls. *Development Psychology* 22; 440 – 443
- Fäh M, Fischer G (Hg) (1998) *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. Psychosozial Verlag, Giessen
- Fäh M (2001) Seelische Gesundheit – Bedingungen für ihre Entwicklung und ihre Bedeutung für die Gesellschaft. In: Stühr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (2001) *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Kohlhammer, Stuttgart; 333 - 342
- Fäh M (2002) Die Psychotherapeutin – ein unbekanntes Wesen? *Àjour* 23; 9
- Fahrenberg J (1995) Somatic complaints in the german population. *J Psychosomat Res* 39;

809 - 817

Farina A (1982) The stigma of mental disorder. In: Miller AG (Ed) In the eye of the beholder. Praeger, New York; 305 – 363

Faller H (1994) Das Forschungsprogramm „Qualitative Psychotherapieforschung“. Versuch einer Standortbestimmung. In: Faller H, Frommer J (Hg) Qualitative Psychotherapieforschung: Grundlagen und Methoden. Asanger, Heidelberg; 15 - 37

Faller H, Frommer J (Hg) (1994) Qualitative Psychotherapieforschung: Grundlagen und Methoden. Asanger, Heidelberg

Faller H, Lang H (1997) Psychotherapie in der ambulanten Krankenversorgung. In: Hildemann KD, Potthoff P (Hg) Psychotherapie – Quo vadis? Ziele, Effektivität und Kosten in Psychiatrie und Psychosomatik Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen

Fallowfield LJ, Baum M, McGuire GP (1986) Effects of breast conversation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. British Medical Journal 293; 1331 - 1334

Faris REL Dunham HW (1939) Mental disorders in urban areas. An ecological study of schizophrenia and other psychoses. University of Chicago press, Chicago

Fichter M (1990) Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg

Fischer AR, Good GE (1997) Men and Psychotherapy: an investigation of alexithymia, intimacy, and masculine gender roles. Psychotherapy 34, 2; 160 - 170

Fischer G, Klein B (1997) Psychotherapieforschung – Forschungsepochen. Zukunftsperspektiven und Umrisse eines dynamisch-behavioralen Verfahrens. In: Hildemann KD, Potthoff P (Hg) Psychotherapie – Quo vadis? Ziele, Effektivität und Kosten in Psychiatrie und Psychosomatik. Hogrefe, Göttingen

Fischer G, Fäh M, Fäh-Barwinski R (1998) Überwindung des Äquivalenz-Paradoxons: Arbeitsmodelle zum Verständnis psychotherapeutischer Veränderung. In: Fäh M, Fischer G (Hg) Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden. Psychosozial Verlag, Giessen; 178 – 187

Fischer G, Frommer J, Klein B (1998) Qualitative Kriterien zur Bewertung des Therapieerfolgs. In: Fäh M, Fischer G (Hg) (1998) Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden. Psychosozial Verlag, Giessen; 167 – 177

Flick U (1998) Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg

Flick U (2000a) Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I (2000) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg; 309 – 318

Flick U (2000b) Design und Prozess qualitativer Forschung. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I (2000) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg; 252 - 265

Flick U, von Kardoff E, Steinke I (2000) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

Fosu GB (1995) Women's orientation toward help-seeking for mental disorders. Soc Med 40, 8; 1029 - 1040

Frank E, Young E (2000) Pubertal changes and adolescent challenges. In: Frank E. (Ed.) Gender and Its Effects on Psychopathology. American Psychiatric Press, Washington DC, London; 85 - 102

Franks P, Gold, MR, Clancy CM (1996) Use of care and subsequent mortality: The importance of gender. Health Serv Res 31; 347-363

Franz M (1993) Warum „Nein“ zur Psychotherapie? Psychother Psychosom Med Psychol 43; 278 - 285

Franz M (1994) Die „negative Psychotherapieakzeptanz“ als eine Manifestation des destruktiven Narzissmus. In: Seidler GH (Hg) (1994) Das Ich und das Fremde. Klinische und sozial-psychologische Analysen des destruktiven Narzissmus. Westdeutscher Verlag, Opladen; 240 - 262

Franz M, Schepank H, Reister G, Schellberg D (1994) Epidemiologische Befunde zum Langzeitspontananverlauf psychogener Erkrankung über 10 Jahre. Psychother Psychosom Med Psychol 44; 22 - 28

Franz M, Schepank H (1994) Zur inadäquaten Inanspruchnahme somato-medizinischer Leistungsangebote durch psychogen erkrankte Patienten. Fortschr Neurol Psychiat 60; 40 - 45

Franz M (1997a) Der Weg in die psychotherapeutische Beziehung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Franz M (1997b) Die Bedeutung von Vertrauen und Wertschätzung für den Weg in die psychotherapeutische Beziehung. In: Schweer MKW (1997) Vertrauen und soziales Handeln: Facetten eines alltäglichen Phänomens. Luchterhand, Neuwied, Kriftel, Berlin

Franz M, Lieberz K, Schepank H (Hg) (2000) Seelische Gesundheit und neurotisches Elend. Der Langzeitverlauf in der Bevölkerung. Springer, Wien, New York

Franz M (2000) Sozialstatus und psychogene Erkrankung im Langzeitverlauf. In: Franz M, Lieberz K, Schepank H (Hg) (2000) Seelische Gesundheit und neurotisches Elend. Der Langzeitverlauf in der Bevölkerung. Springer, Wien, New York; 65 - 71

Frei A, Greiner RA (2001) Sparpotential: Eine Milliarde. Der volkswirtschaftliche Nutzen der Psychotherapie. Psychoskope 5; 15 - 18

Freud S (1895) Studien über Hysterie. StA Ergbd; 37 - 97

- Freud S (1905) Bruchstück einer Hysterie-Analyse. StA Bd 6; 83 - 186
- Freud S (1905) Über Psychotherapie. StA Ergbd; 109 – 119
- Freud S (1909) Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. StA Bd 8; 9 - 124
- Freud S (1911) Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. StA Ergbd; 121 – 132
- Freud S (1913) Zur Einleitung der Behandlung. StA Ergbd; 181 - 203
- Freud S (1926) Die Frage der Laienanalyse. StA Ergbd; 275 - 341
- Frise S, Steingart A, Sloan M, Cotterchio M, Kreiger N (2002) Psychiatric disorders and use of mental health services by Ontario women. Can J Psychiatry 47, 9; 849 - 856
- Fritzsche K, Schweickhardt A, Larisch A (2006) Psychotherapeutische Kurzinterventionen bei somatisierenden Patienten im Krankenhaus – Eine kontrollierte randomisierte Studie im Rahmen des Liaisondienstes. Psychother Psych Med 2006; 56, 2 A 31
- Früh W (2001) (5. Aufl. / 1. Aufl. 1981) Inhaltsanalyse, Theorie und Praxis. (Bd 3) UVK Verlagsges, Reihe Uni-Papers
- Furnham A, Kirkcaldy B (1997) Age and sex differences in health beliefs and behaviors. Psychol Rep 80; 63-66
- Gabbard GO, Lazar SG, Hornberger J, Spiegel D (1997) The economic impact of psychotherapy: A review. Am J Psychiatry 154; 147 – 155
- Gabbard GO (2001) Empirical Evidence and Psychotherapy: A Growing Scientific Base. Am J Psychiatry 158; 1 - 3
- Gaebel W, Zäske H, Baumann A (2004) Stigma erschwert Behandlung und Integration. In: Dtsch Ärzteblatt 101, 48, A 3253 - 3255
- Gaebel W, Möller HJ, Rössler W (2005) Stigma – Diskriminierung – Bewältigung – Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Kohlhammer, Stuttgart
- Garfield SL (1994) (4. Aufl.) Research on client variables in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (Hg) Handbook of psychotherapy and behaviour change. New York; 190 – 229
- Garfinkel PE, Goldbloom DS (2000) Mental health – getting beyond stigma and categories. Bull of the WHO 78, 4; 503 - 505
- Gassmann O (1999) Praxisnähe mit Fallstudienforschung. Wissenschaftsmanagement 3; 11 – 16
- Geyer S (2000) Psychotherapie und soziale Ungleichheit. In: Strauss B, Geyer M (Hg) Psychotherapie in Zeiten der Veränderung. Historische, kulturelle und gesellschaftliche Hintergründe einer Profession. Westdeutscher Verlag, Opladen; 210 - 219

- Gherardi S, Turner B (1999) Real men don't collect soft data. In: Bryman A, Burgess R (Ed) *Qualitative Research*. Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi; 103 - 118
- Ginsberg SM, Brown GW (1982) No time for depression. A study of help-seeking among mother of preschool children. In: Mechanic D (Ed) *Symptoms, illness behavior, and help-seeking*. Prodist, New York; 87 - 114
- Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R (2003) Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care. *JAMA* 289, 23; 3145 - 3151
- Glaser BG, Strauss AL (1967) *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, Chicago
- Gläser-Zikuda M (2001) *Emotionen und Lernstrategien in der Schule. Eine empirische Studie mit Qualitativer Inhaltsanalyse*. Beltz, Weinheim und Basel
- Goldberg C (1991) *Understanding shame*. Jason Aronson, Northdale, NY
- Goldberg DP, Cooper B, Eastood MR, Kedward HB, Shepherd M (1970) A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Prev Soc Med* 24; 18 – 23
- Goldberg DP (1978) *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson, Windsor
- Goldberg DP, Huxley P (1980) *Mental illness in the Community: the Pathway to Psychiatric Care*. London. Tavistock Publications
- Goldberg DP, Lecrubier Y (1995) Form and Frequency of Mental Disorders across Centres. In: Üstün TB, Sartorius N (Ed) *Mental illness in general health care: an international study*. Wiley, Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore; 323 – 334
- Goldstein AP (1971) *Psychotherapeutic attraction*. Pergamon Press, New York
- Golkaramnay V, Wangemann T, Dogs J, Dogs P, Kordy H (2003) Neue Brücken für Lücken in der psychotherapeutischen Versorgung durch das Internet: Hoffnungen, Herausforderungen und ein Lösungsansatz. *Psychother Psych Med* 53; 399 - 405
- Gomm R, Hammersley M, Foster P (2000) *Case Study Method*, Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi
- Gove W, Hughes M (1979) Possible causes of the apparent sex differences in physical health: an empirical investigation. *Am sociol Rev* 44; 126 – 146
- Graham H (1985) Providers, negotiators, and mediators: women as the hidden carers. In: Lewin E, Oleson V (Hg) *Women, health and healing*. Tavistock, New York; 25 - 52
- Gray AJ (2002) Stigma in psychiatry. *J Royal Soc Med*. 95; 72 - 76
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Göttingen

- Groebe N, Rustemeyer R (2002) Inhaltsanalyse. In: König E, Zedler P (Hg) Qualitative Forschung. Beltz-Verlag, Weinheim und Basel; 233 - 258
- Groothoest van DS, Beekman ATF, Broese van Groenou MI, Deeg DJH (1999) Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 34; 391 - 398
- Grunberger B (1991) (2. Aufl. / 1. Aufl. 1982) Vom Narzissmus zum Objekt. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Gsell M (2001) Die Bedeutung der Baubo. Kulturgeschichtliche Studien zur Repräsentation des weiblichen Genitals. Stroemfeld, Frankfurt am Main und Basel
- Haasbacher L, Hüffel K (1994) Forst Frauen und die Forschung. In: Arbeitskreis Qualitative Sozialforschung (Hg) Verführung zum Qualitativen Forschen. Eine Methodenauswahl. WUV-Universitätsverlag, Wien; 32 - 48
- Haberfellner EM (1997) Psychotherapievermittlung in der nervenärztlichen Praxis. Psychotherapieforum 5; 168 - 174
- Haberfellner EM (2000) Die Kompetenz des Psychotherapeuten. Ergebnisse einer Patientenbefragung. Psychotherapieforum 8, 1; 30
- Haberfellner EM, Voracek M (2004) Die Kompetenzen psychosozialer Professionen aus Patientensicht. Psychother Psych Med 54; 155 - 160
- Habermas J (1981) Theorie des kommunikativen Handelns. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Häfner H (1985) Sind psychische Krankheiten häufiger geworden? Nervenarzt 56; 120 - 133
- Häfner S, Franz M (2000) Untersuchungen zu Häufigkeit, Verlauf und Ursachen psychogener Erkrankungen. In: Franz M, Lieberz K, Schepank H (Hg) Seelische Gesundheit und neurotisches Elend. Der Langzeitverlauf in der Bevölkerung. Springer, Wien, New York; 11 - 24
- Häfner S, Franz M, Lieberz K, Schepank H (2001) Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen: Stand der Forschung. Psychotherapeut 46; 403 - 408
- Härter M, Bermejo I (2007) Diagnose und Therapie depressiver Erkrankungen. In: Härter M, Bermejo I, Niebling W (Hg) Praxismanual Depression. Diagnostik und Therapie erfolgreich umsetzen. Deutscher Ärzteverlag, Köln; 99 - 156
- Haltenhof H, Oswald F, Bühler K, Geyer S (2000) Psychosoziale Kompetenz von Hausärzten und Versorgung psychisch Kranker: Erste Ergebnisse einer Fragebogenstudie. In Gesundheitswesen 62; 463 - 467
- Hammersley M, Gomm R (2000) Introduction. In: Gomm R, Hammersley M, Foster P (Ed) Case Study Method, Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi; 1 - 16
- Hansson L, Nettelbladt P, Borgquist L, Nordström G (1994) Screening for psychiatric illness in primary care. A cross-sectional study in a Swedish health district. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 29; 83 - 87

- Hartmann S, Zepf S (2003a) Effectiveness of Psychotherapy in Germany: A Replication of the Consumer Report Study. *Psychotherapy Research* 13; 235 – 242
- Hartmann S, Zepf S (2003) Psychische Erkrankungen in der primärärztlichen Versorgung. *Psychother Psychosom Med Psychol*; 446 - 454
- Heckmann F (1992) Interpretationsregeln zur Auswertung qualitativer Interviews und sozialwissenschaftlicher Texte. In: *Analyse verbaler Daten. Über den Umgang mit qualitativen Daten*. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Heinzel R, Breyer F (1995) Stabile Besserung. *Deutsches Ärzteblatt* 92, 11; 442 460
- Helgason T (1964) Epidemiology of mental disorders in Iceland. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 40, (Suppl 173); 115 - 335
- Helmich P (1994) (3. Aufl.) Der Hausarzt als Psychosomatiker. In: Von Üxküll T; Adler R (Hg) *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*. Schattauer, Stuttgart, New York; 83 - 92
- Henderson S (2000) Conclusion: the central issues. In: Andrews G, Henderson S (Ed) *Unmet need in psychiatry*. Cambridge University Press, Cambridge; 422 - 428
- Herberth F, Maurer J (1997) (Hg) *Die Veränderung beginnt im Therapeuten. Anwendungen der Beziehungsanalyse in der psychoanalytischen Praxis*. Brandes und Apsel, Frankfurt am Main
- Hermanns H (2000) Interviewen als Tätigkeit. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I (2000) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg; 360 - 368
- Herrle J, Angermeyer M (1997) Psychotherapie anstelle sozialer Unterstützung? Die Rolle des individuellen Unterstützungsnetzwerks bei der Inanspruchnahme therapeutischer Angebote. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 26, 1; 58 - 67
- Herschbach P (1995) Über den Unterschied zwischen Kranken und Patienten. *Psychother Psychosom med Psychol* 45; 83 - 89
- Hessel A, Geyer M, Brähler E (2000) Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Akzeptanz psychosozialer Kompetenzen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 46; 226 – 241
- Hewitt M, Rowland JH (2002) Mental health service use among adult cancer survivors: analyses of the National Health Interview Survey. *J Clin Oncol* 20, 23; 4581 - 5490
- Hickie I, Pols RG, Koschera A, Davenport T (2000) Why are somatoform disorders so poorly recognized and treated? In: Andrews G, Henderson S (Ed) *Unmet need in psychiatry*. Cambridge University Press, Cambridge; 97 - 118
- Hillecke T, Krämer B, Kupper S, Horster-Kupper C, Kächele T (1996) Soweit der Stand der Dinge: Psychotherapie im Wandel. *Psychother Psychosom Med Psychol* 46; 96 - 101

- Hintermeier Sonia (1994) Qualitative und quantitative Sozialforschung. In: Arbeitskreis Qualitative Sozialforschung (Hg) Verführung zum Qualitativen Forschen. Eine Methodenauswahl. WUV-Universitätsverlag, Wien; 13 - 23
- Hölzl E (1994) Qualitatives Interview. In: Arbeitskreis Qualitative Sozialforschung (Hg) Verführung zum Qualitativen Forschen. Eine Methodenauswahl. WUV-Universitätsverlag, Wien; 61 - 68
- Hoffmann A (2002) Wenn Männer einstecken. Häusliche Gewalt - ein geschlechtsneutrales Problem? Psychoscope 6; 9 - 12
- Hoffmann-Riem C (1980) Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 32; 339 - 372
- Hofmann SG, Tompson MC (2002) Treating chronic and severe mental disorders. A handbook of empirically supported interventions. Guilford Press, New York, London
- Hohenstein Heide (1998) Störfaktoren bei der Verarbeitung von Gefühlen in der Schwangerschaft: gesellschaftliche und ethische Hintergründe der Fruchtwasserpunktion; Interviews mit Betroffenen und Erörterung ihrer Erfahrungen. Internationale Hochschulschriften, Bd 272. Die Reihe für Habilitationen und sehr gute und ausgezeichnete Dissertationen. Waxmann, Münster, New York, München, Berlin
- Hollingshead AB, Redlich FC (1958) Social class and mental illness. Wiley, New York
- Hopf C (2000) Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I (Hg) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg; 349 - 359
- Horwitz A (1978) Family, kin and friend network in psychiatric help-seeking. Social Science and Medicine 12; 297 - 304
- Hourani LL, Khlat M (1986) Determinants of perceived mental health status and help-seeking behavior: preliminary testing of a conceptual model. Soc Sci Med 22, 10; 1081 - 1086
- Howard KI, Orlinsky DE, Lueger RJ (1994) Clinically Relevant Outcome Research in Individual Psychotherapy. New models guide the researcher and clinician. British Journal of Psychiatry 165; 4 - 8
- Howard KI, Krause MS, Saunders SM, Kopta SM (1997) Trials and tribulations in the meta-analysis of treatment differences: Comment on Wampold et al. Psychological Bulletin 122; 122 - 225
- Hubble MA, Duncan BL, Miller SD (2001) So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Verlag modernes Leben, Dortmund
- Hüffel K (1994) Inhaltsanalyse. In: Arbeitskreis Qualitative Sozialforschung (Hg) Verführung zum Qualitativen Forschen. Eine Methodenauswahl. WUV-Universitätsverlag, Wien; 135 - 148

- Humburg M (1998) Das Gesicht des Krieges. Feldpostbriefe von Wehrmachtssoldaten aus der Sowjetunion 1941 – 1944. Dissertation an der Universität Giessen. Westdeutscher Verlag, Opladen, Wiesbaden
- Hunt C (2000) The unmet need for treatment in panic disorder and social phobia. In: Andrews G, Henderson S (Ed) Unmet need in psychiatry. Cambridge University Press, Cambridge; 277 - 289
- Hutterer R (1996) Kritische Perspektiven zu Psychotherapieforschung und –praxis. Zum kompensatorischen Charakter von Forschung, Praxis und Ausbildung. In: Pritz A (Hg) Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen. Springer, Wien, New York; 137 - 158
- Hutzli E, Schneeberger E (1995) Die psychotherapeutische Versorgung in der deutschen Schweiz. Eine Umfrage bei psychotherapeutisch tätigen Personen. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit bei Prof K Grawe, Universität Zürich
- Jacobi F, Höfler M, Meister W, Wittchen HU (2002) Prävalenz, Erkennungs- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Symptomen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. Nervenarzt 73; 651 - 658
- Jäggi C, Mariazouls C, Schläpfer T (1993) Zum Image des Psychiaters. Schweizerische Ärztezeitung, 74; 677 - 681
- Jahoda M, Lazarsfeld P, Zeisel H (1933) Die Arbeitslosen von Marienthal. Hirzel, Leipzig (Suhrkamp, Frankfurt am Main 1980)
- Jahoda M (1995) Nichtreduktionistische Sozialpsychologie – ein fast aussichtsloses Unternehmen, zu faszinierend, um es unversucht zu lassen. In: Jahoda M (1995) Sozialpsychologie der Politik und Kultur. Nausner und Nausner, Graz, Wien; 295 - 305
- Jaspers K (1973) (9. Aufl.) Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Jandl-Jager E (2000) Sozialpolitische Aspekte der Wege in die Psychotherapie. Psychotherapieforum 8, 1; 14 - 22
- Jandl-Jager E (2003) Angebot und Nachfrage in der Psychotherapie. Psychother Psych Med 53; 151
- Jarvis E (1855) Insanity and idiocy in Massachussetts: Report of the Commission of Lunacy. Harvard University Press, Cambridge 1981
- Janowski DS (1999) Psychotherapy Indications and Outcomes. American Psychiatric Press, Washington DC; 277 – 300
- Jorm AF, Angermeyer M, Katschnig H (2000) Public knowledge of and attitudes to mental disorders: limiting factor in the optimal use of treatment services. In: Andrews G, Henderson S (Ed) Unmet need in psychiatry. Cambridge University Press, Cambridge; 399 - 413

- Jungbauer J, Alfermann D, Kamenik C, Brähler E (2003) Vermittlung psychosozialer Kompetenzen mangelhaft. Ergebnisse einer Befragung ehemaliger Medizinstudierender an sieben deutschen Universitäten. *Psychother Psych Med* 53; 319 - 321
- Kächele H (1992) Psychoanalytische Therapieforschung. *Psyche* 46, 3; 259 - 285
- Kächele H, Kordy H (1996) Indikation als Entscheidungsprozess. In: Von Üxküll T (Hg) *Psychosomatische Medizin*. München & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore; 352 - 362
- Kächele H (1998) Die Abseitsfalle. In: Tschuschke V (Hg) *Nützt mir Psychotherapie? Hilfen zur Entscheidung*. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Kächele H (2000) Wege und Umwege zur Psychotherapie – und Irrwege? *Psychotherapieforum* 8, 1; 14 - 22
- Kadushin C (1969) *Why people go to psychiatrists*. Atherton, New York
- Kadushin C (2006) *Why people go to psychiatrists*. AldineTransaction, New Brunswick, London
- Katon W, Sullivan MD (1990) Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry (Suppl/6)*; 3 - 11
- Kawachi I, Kennedy BP, Gupta V, Prothrow-Stith D (1999) Women's status and the health of women and men: a view from the States. *Soc Sci Med* 48; 21-32
- Keil-Kuri E (1995) Das Abenteuer des Beginns: Metodische Überlegungen zur Gestaltung des Erstgesprächs in der Psychotherapie. In: Kahleyss M (1995) (Hg) *Methoden ärztlicher Psychotherapie*. Barth, Leipzig; 6 - 12
- Keller W, Westhoff G, Dilg R, Rohner R, Studt H (2001) Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Aspekte ambulanter jungianischer Psychoanalysen und Psychotherapien – eine katamnestiche Studie. In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M 2001 *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Kohlhammer, Stuttgart; 343 - 355
- Kellner R (1987) Hypochondriasis and somatization. *JAMA* 258; 2718-2722
- Kerz-Rühling I (2005) Wie beurteilen Patienten ihre Erfahrung in einer psychoanalytischen Ambulanz? Eine katamnestiche Untersuchung psychoanalytischer Erstinterviews. In: *Psyche*
- Kessler LG, Amick BC, Thompson J (1985) Factors influencing the Diagnosis of Mental Disorder Among Primary Care Patients. *Medical Care* 23, 1; 50 – 62
- Kessler RC, Brown RL, Broman CL (1981) Sex Differences in Psychiatric Help-Seeking: Evidence from Four Large-Scale Surveys. *Journal of Health and Social Behavior* 22; 49 - 64
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS (1994) Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 51; 8 - 19

- Kessler RC, Frank RG, Edlund M, Katz SJ, Lin E, Leaf P (1997) Differences in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario. *New England Journal of Medicine* 336, 8; 551 - 557
- Kessler RC, Olfson M, Berglund PA (1998) Patterns and Predictors of Treatment Contact After First Onset of Psychiatric Disorders. *Am J Psychiatry* 155, 1; 62 - 69
- Kessler RC, Zhao S, Katz SJ, Kouzis AC, Frank RG, Edlund M, Leaf P (1999) Past year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 156, 1; 115 - 123
- Kessler RC (2000a) Psychiatric epidemiology: Selected recent advances and future directions. *Bulletin of the World Health Organization* 78, 4; 464 - 474
- Kessler RC (2000b) Gender Differences in Major Depression. In: Frank E (Ed) *Gender and Its Effects on Psychopathology*. American Psychiatric Press, Washington DC, London; 61 - 84
- Kessler RC (2000c) Some considerations in making resource allocation decisions for the treatment of psychiatric disorders. In: Andrews G, Henderson S (Ed) *Unmet need in psychiatry*. Cambridge University Press, Cambridge; 59 - 84
- Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, Manderscheid RW, Rosenheck RA, Walters EE, Wang PS (2001) The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv Res* 36; 987 - 1007
- Kessler RC (2002) Epidemiology of Depression. In: Gotlib IH, Hammen CL (Ed) *Handbook of Depression*. Guilford Press, New York; 23 - 42
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangaas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS (2003a) The Epidemiology of Major Depressive Disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 289, 23; 3095 - 3105
- Kessler RC, Merikangaas KR, Berglund P, Eaton WW, Koretz DS, Walters EE (2003b) Mild disorders should not be eliminated from DSM-V. *Archives of General Psychiatry* 60, 11; 1117 - 1122
- Kessler RC (2003) Epidemiology of Women and Depression. *Journal of Affective Disorders* 74, 1; 5 - 13
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005) Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62, 593 - 602
- Kessler RC, Tat Chiu W, Demler O, Walters EE (2005) Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12_Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62, 617 - 627
- Kilchner A, Spiess R (2003) Die hausärztliche Betreuung von Migranten/innen mit chronischem Schmerzsyndrom. *Schweizer Ärztezeitung* 84, 10; 452 - 460

- Kilpatrick DG, Resnick HS, Saunders BE, Best CL (1998) Rape, Other Violence Against Women, and Posttraumatic Stress Disorder. In: Dohrenwend BP (Ed) Adversity, Stress and Psychopathology. Oxford University Press, New York, Oxford; 161 - 176
- Kobelt A, Nickel L, Grosch E, Lamprecht F, Künsebeck H-W (2004) Inanspruchnahme psychosomatischer Nachsorge nach stationärer Rehabilitation. *Psychother Psych Med* 54; 58 - 64
- König HD (2000) Tiefenhermeneutik. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I (Hg) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg; 556 - 569
- König, K (1994) Indikation; Entscheidungen vor und während einer psychoanalytischen Therapie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, Zürich
- Kowal S, O'Connell C (2000) Zur Transkription von Gesprächen. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I (Hg) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg; 437 - 447
- Krause Jacob M (1992) Erfahrungen mit Beratung und Therapie: Veränderungsprozesse aus der Sicht von KlientInnen. Lambertus, Freiburg im Breisgau
- Krause R (2003) Das Gegenwartsunbewusste als kleinster gemeinsamer Nenner aller Techniken – Integration und Differenzierung als Zukunft der Psychotherapie. *Psychotherapie* 8, 2; 316 - 325
- Kroenke K, Spitzer RL (1998) Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med* 60; 150-155
- Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, Pilkonis PA (1996) The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 61; 532 - 539
- Kruse J, Heckrath C, Schmitz C, Alberti L, Tress, W (1999) Zur hausärztlichen Diagnose und Versorgung psychogener Kranker. *Psychother Psychosom med Psychol* 49; 14 – 22
- Kruse J, Schmitz N, Wöller W, Heckrath C, Tress W (2004) Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? *Psychother Psych Med* 54; 45 - 51
- Küchenhoff J, Olshausen C (2001) Komorbidität in der psychotherapeutischen Praxis. *Psychotherapeut* 46; 140 - 143
- Kühn KU, Quednow BB, Barkow K, Heun R, Linden M, Maier W (2002) Chronifizierung und psychosoziale Behinderung durch depressive Erkrankungen bei Patienten in der Allgemeinarztpraxis im Einjahresverlauf. Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation. *Nervenarzt* 73, 7; 644-650
- Kushner MG, Sher KJ (1989) Fear of psychological services and its relation to mental health service avoidance service utilization. *Professional Psychology: Research and Practice* 20, 4; 251-257

- Kushner MG, Sher KJ (1991) The Relation of Treatment Fearfulness and Psychological Service Utilization: An Overview Professional Psychology: Research and Practice 22, 3; 196 - 203
- Lachenmeier H (2002) Das merkwürdige Diktat der zu kleinen Schuhe. Psychotherapie und Kosten. In: Schweizerische Ärztezeitung 83, 7; 315 - 319
- Lahelma E, Martikainen P, Rahkonen O, Silventoinen K (1999) Gender differences in ill-health in Finland: patterns, magnitude and change. Soc Sci Med 48; 7-19
- Lahelma E, Arber S, Martikainen P, Rahkonen O, Silventoinen K (2001) The Myth of Gender Differences in Health: Social Structural Determinants across Adult Ages in Britain and Finland. Current Sociology 49, 3; 31 - 54
- Lambert MJ, Bergin AE (1994) (4. Aufl.) The effectiveness of Psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (Hg) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Wiley, New York; 143 – 189
- Lamprecht F (1996) Die ökonomischen Folgen von Fehlbehandlungen psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen. Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie 46; 283 - 291
- Lamnek S (1995a) (3. korrigierte Aufl. / 1. Aufl. 1988) Qualitative Sozialforschung. Bd 1. Methodologie. Beltz, PsychologieVerlagsUnion, Weinheim
- Lamnek S (1995b) (3. korrigierte Aufl. / 1. Aufl. 1988) Qualitative Sozialforschung. Bd 2. Methoden und Techniken. Beltz, PsychologieVerlagsUnion, Weinheim
- Lamnek S (2002) Qualitative Interviews. In: König E, Zedler P (Hg) Qualitative Forschung. Beltz-Verlag, Weinheim und Basel; 157 - 193
- Langenscheidt (1970) Taschenwörterbuch Englisch-Deutsch. Langenscheidt, Berlin, München, Wien, Zürich
- Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler SJ, McCormick D, Bor DH (2002) Do minorities in the United States receive fewer mental health services than whites? Int J Health Serv 23, 3; 567 – 578
- Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W (2001) Lay recommendations on how to treat mental disorders. Soc Psychiatr Epidemiol 36, 11; 553 - 556
- Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W (2002) Behandlungsvorstellungen in der Bevölkerung zu Depression und Schizophrenie. Neuropsychiatrie 16; 93 - 96
- Lauber C, Rössler W (2004) Empowerment: Selbstbestimmung oder Hilfe zu Selbsthilfe. In: Rössler W (Hg) (2004) Psychiatrische Rehabilitation. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg; 146 - 156
- Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W (2006a) Do mental health professionals stigmatize their patients? Acta Psychiatr Scand Suppl 429; 51 - 9

Lauber C, Lay B, Rössler W (2006b) Homeless people at disadvantage in mental health services. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256; 138 -145

Lazar SG, Gabbard GO (1997) The cost-effectiveness of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 6; 307 - 314

Leaf PJ, Livingston MM, Tischler GL, Weissman MM, Holzer CE, Myers JK (1985) Contact with health professionals for the treatment of psychiatric and emotional problems. *Medical Care* 23, 12; 1322 - 1337

Leaf PJ, Livingston Bruce M, Tischler GL (1986) The differential effect of attitudes on the use of mental health services. *Soc Psychiatry* 21; 187 - 192

Leaf PJ, Livingston Bruce M, Tischler GL, Holzer CE (1987) The Relationship between Demographic Factors and Attitudes toward Mental health Services. *Journal of Community Psychology* 15; 275 - 284

Leaf PJ, Livingston Bruce M, Tischler GL, Freeman DH, Weissman MM, Myers JK (1988) Factors affecting the utilization of specialty and general medical mental health services. *Medical Care* 26, 1; 9 - 24

Lefebvre J, Lesage A, Cyr M, Toupin J, Fournier L (1998) Factors related to utilization of services for mental health reasons in Montreal, Canada. *Soc Psychiatry Epidemiol* 33, 6; 291 - 298

Leuzinger-Bohleber M (1995) Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. *Psyche* 49; 434 - 481

Leuzinger-Bohleber M (2001) Katamnesen – ihre klinische Relevanz. In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Hg) *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Kohlhammer, Stuttgart; 160 - 186

Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel M (2001) Langzeitwirkung von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie. *Psyche* 55; 193 - 276

Lewis CE, Fein R, Mechanic D (1976) *A right to health. The problem of access to primary health care*. John Wiley & Sons, New York, London, Sydney, Toronto

Linden M, Helmchen H (1995) Results from the Berlin Centre. In: Üstün TB, Sartorius N (Ed) *Mental illness in general health care: an international study*. Wiley, Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore

Link B, Dohrenwend BP (1980) Formulation of Hypotheses about the Ratio of Untreated to Treated Cases in the True Prevalence Studies of Functional Psychiatric Disorders in Adults in The United States. In: Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Gould MS, Schawrtz GM, Link B, Neugebauer R, Wunsch-Hitzig R (Ed) *Mental illness in the United States: Epidemiological Estimates*. Praeger Publishers, New York; 133 - 150

Link BG, Phelan JC (2001) Conceptualizing Stigma. *Ann Rev Sociol* 27; 363-385

- Livingston RH, Farber BA (1996) Beginning therapists' responses to client shame. *Psychotherapy* 33, 4; 601 - 616
- Löffler-Stastka H, Voracek M, Leithner K, Fischer-Kern M, Presslich E, Kunz C, Meissel T (2003) Predicting Psychotherapy Utilization for Patients With Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy Research* 13; 255 - 264
- Lorenzer A (1986) Tiefenhermeneutische Kulturanalyse. In: König HD, Lorenzer A, Lüdde H, Naghol S, Prokop U, Schmid Noerr G, Eggert A (Hg) *Kultur-Analysen. Psychoanalytische Studien zur Kultur*. Fischer, Frankfurt am Main; 11-98
- Luborsky L, Singer B, Luborsky E (1975) Comparative studies of psychotherapies: Is it true that „Everyone has won and all must have prizes?“ *Archives of General Psychiatry* 32; 995 - 1008
- Luborsky L, Diguier L, Luborsky E, Schmidt KA (1999) The Efficacy of Dynamic Versus Other Psychotherapies. Is it true that „Everyone has won and all must have prizes?“ – An update. In: Janowsky DS (Ed) *Psychotherapy. Indications and Outcomes*. American Psychiatric Press, Washington DC, London; 3 - 22
- Luborsky L, Rosenthal R, Diguier L, Andrusyna TP, Berman JS, Levitt JT, Seligman DA, Krause ED (2002) The dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9, 1; 2 – 12
- Lueger RJ (1995) Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40; 267 - 278
- Lueger RJ, Saunders SM, Howard KI, Vessey JT, Nunez PR (1999) Entering Psychotherapy: Probabilities, Routes and Finances. In: Miller NE, Magruder KM (Ed) *Cost-Effectiveness of Psychotherapy: A Guide for Practitioners, Researchers, and Policymakers*. Oxford University Press, New York; 63 – 75.
- MacIntyre S (1993) Gender differences in the perceptions of common cold symptoms. *Social Science and Medicine* 36; 15-20
- MacIntyre S, Hunt K, Sweeting H (1996) Gender differences in health: Are things really as simple as they seem? *Social Science and Medicine* 42; 617-624
- MacIntyre S, Ford G, Hunt K (1999) Do Women „Over-Report“? Men's and Women's Responses to Structured Prompting on a Standard Question on Long Standing Illness. Special issue on Gender and Health. *Social Science and Medicine* 48; 89 - 98
- Madianos, M.G. und Stefanis, C.N. (1992) Who Needs Treatment. A nationwide psychiatric case identification study. *Psychopathology* 25; 212 – 217.
- Madianos MG, Economu M, Stefanis CN (1998) Long-term outcome of psychiatric disorders in the community: A 13-year Follow-up-Study in a nonclinical population. *Comprehensive Psychiatry* 39; 47 - 56

- Maercker A,ENZLER A, Grimm G, Helfenstein E, Ehlert U (2004) Inanspruchnahme und Psychotherapiemotivation in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe über 65-Jähriger – Ergebnisse der Zürcher Altersstudie. In: Psychother Psych Med 55; 177 - 182
- Martini M, Rössler W (1996) Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme - Bedarf oder Bedürfnis? Nervenarzt 67 / suppl 1; 138
- Matt E (2000) Darstellung qualitativer Forschung. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I (Hg) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg; 578 - 587
- Mattanza G, Hurt J, Jakobsen T, Schwandt S, Wilke S, Jagmetti E, Junghan M, Fischer P (2003) Zur Wirksamkeit analytischer Psychotherapien. Eine Forschung der Schweizerischen Gesellschaft für Analytische Psychologie und des C.G. Jung Institutes in Zürich-Küsnacht in Kooperation mit der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL). www.ihm-institut.ch/default2.asp?Site=77, 19.01.04
- Mattes P (1991) Gesundheit und Krankheit im internationalen Vergleich: Einstellungen in Grossbritannien und der Bundesrepublik. In: Flick U (Hg) Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Asanger, Heidelberg; 87 - 98
- Mayring P (2000) (7. Aufl. / 1. Aufl. 1983) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Deutscher Studienverlag, Weinheim
- Mayring P (2002) Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz, Weinheim und Basel
- McLeod J (2001) Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy. Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi
- McNeilly C, Howard KI (1991) The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage. Psychother Res 1; 74 - 78
- Meadows G, Fossey E, Harvey C, Burgess P (2000) The assessment of perceived need. In: Andrews G, Henderson S (Ed) Unmet need in psychiatry. Cambridge University Press, Cambridge; 390 - 398
- Meagher D, Murray D (1997) Depression. Lancet 349 Supplement. womens' health; 17 - 20
- Mechanic D (1976) Sex, illness, illness behavior, and the use of health services. J Human stress 2; 29-40
- Mechanic D (1982) Symptoms, illness behavior, and help – seeking. Prodist, New York
- Mechanic D (1991) Risk and Selection Process between the General and the Specialty Mental Health Sectors. Journal of Health and Social Behavior 32; 49 - 64
- Meerwein F (1984) Probleme und Konflikte des Onkologen und seiner Mitarbeiter. Münch med Wschr 129, 9; 219 - 222
- Meichenbaum D, Turk DC (1994) Therapiemotivation des Patienten. Ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie: ein Handbuch. Verlag Hans Huber; Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

- Meile RL, Whitt HP (1981) Cultural consensus and definition of mental illness. *Social Science and Medicine Part A: Medical Sociology* 15; 231 - 242
- Meinefeld W (2000) Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Sozialforschung. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I (Hg) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg; 265 - 275
- Mertens W (1994) Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe. *Quintessenz*, Berlin, München
- Messer SB, Wampold BE (2002) Let's Face Facts: Common Factors are More Potent than Specific Therapy Ingredients. *Clinical Psychology, Science and Practice* 9, 1; 18 - 22
- Meyer AE (1990) Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. *Z Klin Psychol* 19; 287 - 291
- Meyer AE, Richter R, Grawe K, von der Schulenburg JM, Schulte D (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Gesundheitsministerium, Bonn
- Meyer C, Rumpf HJ, Kapke U, Dilling H, John U (2000) Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. *Nervenarzt* 71, Springer-Verlag; 535 - 542
- Miller NE (1944) Experimental studies of conflict. In: Hunt JM (Ed) *Personality and the behavior disorders Vol 1*, Ronald Press, New York; 431 - 465
- Möller ML (1972) Krankheitsverhalten bei psychischen Störungen und die Organisation psychotherapeutischer Versorgung. *Das Argument* 14; 88 - 109
- Moller-Leimkuhler AM (2002) Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Disord* 71, 1-3; 1 - 9
- Mollica RF, Redlich F (1980) Equity and changing patients characteristics - 1950 - 1975. *Archives of General Psychiatry* 37; 1257 - 1263.
- Mollica RF, Milic, M (1986) Social class and psychiatric practice: A revision of the Hollingshead and Redlich model. *Am J Psychiatry* 143; 12 - 17.
- Mubbashar MH, Saeed K (2000) WHO can help to combat mental health illiteracy. *Bulletin of the World Health Organisation* 78, 4; 507 - 508
- Mumford E, Schlesinger HJ, Class GV, Patrick C, Cuerdon T (1984) A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *Am J Psychiatry* 141; 1145 - 1158
- Murray CJL, Lopez AD (1996) *The global burden of disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability From Disease, Injuries and risk Factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organisation and the World Bank, Cambridge, MA

- Murray CJL, Lopez AD (1997) Alternative projections of mortality and disability by cause 1990 - 2020: Global burden of disease study. *Lancet* 349; 1498 - 1504
- Murray Thomas R (2003) Blending qualitative and quantitative research methods in theses and dissertations. Orwin Press, a Sage Publications Company, Thousand Oaks, California
- Nadler A (1991) Help-seeking behavior: Psychological costs and instrumental benefits. In: Clark MS (Hg) *Review of personality and social psychology: Prosocial behavior*. Newbury Park: Sage Publications 12; 290 - 311
- Nathanson CA (1975) Illness and the feminine role: a theoretical review. *Social Science and Medicine* 9; 57-62
- Nathanson DL (1992) *Shame and pride: Affect, sex and the birth of self*. WW Norton, New York
- Neugebauer R, Dohrenwend BP, Dohrenwend BS (1980) Formulations of hypotheses about the true prevalence of functional psychiatric disorders among adults in the United States. In: Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Gould MS, Schwartz GM, Link B, Neugebauer R, Wunsch-Hitzig R (Hg) *Mental illness in the United States: Epidemiological Estimates*. Praeger Publishers, New York; 45 - 94
- Norcross WA, Ramirez C, Palinkas LA (1996) The influence of women on the health care-seeking behavior of men. *J Fam Pract* 43, 5; 475 - 480
- Nolen-Hoeksema S (2002) Gender Differences in Depression. In: Gotlib IH, Hammen CL (Ed) *Handbook of Depression*. Guilford Press, New York; 492 - 510
- Nübling R (1992) *Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept: zur Evaluation psychosomatischer Heilverfahren*. VAS, Frankfurt am Main
- Nübling R, Schulz H (2002) FPTM, Fragebogen zur Psychotherapiemotivation. In: Brähler E, Schumacher J, Strauss B (Hg) *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Hogrefe, Göttingen; 141 - 145
- Nunez PR (1991) HMO membership and the process of seeking therapy. Unpublished doctoral dissertation. Northwestern University, Evanston, IL. In: Lueger RJ, Saunders SM, Howard KI, Vessey JT, Nunez PR (1999) *Entering Psychotherapy: Probabilities, Routes and Finances*. In: Miller NE, Magruder KM (Ed) *Cost-Effectiveness of Psychotherapy: A Guide for Practitioners, Researchers, and Policymakers*. Oxford University Press, New York; 68 - 69
- Ohlbrecht H (2000) Serviceteil. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I (2000) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg; 653 - 671
- Olfson M, Kessler RC (1998) Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry* 1998, 155; 1415 - 1422
- Ollert I (1995). Class barriers to psychotherapy and counselling. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* Vol 2 (2) Blackwell Science Ltd: England; 91 - 95

Ong LM, deHaes JCJM, Hoos AM, Lammes FB (1995) Doctor-Patient communication: A review of the literature. *Social Science and Medicine* 40; 903 - 918

Ormel J, van den Brinck W, Koeter MV (1990) Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychol Med* 20; 909 - 923

Öztürk MO (2000) Removing the barriers to effective mental health care: a view from Turkey. *Bulletin of the World Health Organisation* 78, 4; 506 - 507

Parry BL (2000) Hormonal Basis of Mood Disorders in Women. In: Frank E. (Ed) *Gender and Its Effects on Psychopathology*. American Psychiatric Press, Washington DC, London; 3 - 22

Pescosolido BA (1991) Illness careers and network ties: a conceptual model of utilization and compliance. In: Albrecht G, Levy J (Ed) (1991) *Advances in Medical Sociology*. Vol 2 JAI Press, Greenwich CT; 164 - 181

Pescosolido BA, Gardner CB, Lubell KM (1998) How people get into mental health services: stories of choice, coercion and „muddling through“ from „first-timers“. *Soc Sci Med* 46, 2; 275 - 286

Petry J (1993) *Behandlungsmotivation: Grundlagen und Anwendungen der Suchttherapie*. Beltz Psychologie-Verlagsunion, Weinheim

Phillips MA, Murrell SA (1994) Impact of psychological and physical health, stressful events, and social support on subsequent mental health help seeking among older adults. *J Consult Clin Psychol* 62, 2; 270 - 275

Platt J (1996) *A history of sociological research methods in America, 1920 – 1960*. Cambridge University Press, Cambridge

Platt J (1999) What can case studies do? In: Bryman A, Burgess R (Ed) *Qualitative Research*. Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi; 160 – 179

Potreck-Rose F, Koch U (1994) *Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten*. Schauttauer, Stuttgart

Powers DV, Thompson L, Futterman A, Gallagher-Thompson D (2002) Depression in Later Life. In: Gotlib IH, Hammen CL (ed) *Handbook of Depression*. Guilford Press, New York; 560 – 580

Pritz A (1996) (Hg) *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen*. Springer, Wien, New York; 137 - 158

Puschner B, Bauer S, Kraft S, Kordy H (2005) Zufriedenheit von Patienten und Therapeuten mit ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 55; 517-526

Rabowitz J, Gross R, Feldman D (1999) Correlates of a perceived need for mental health assistance and differences between those who do and do not seek help. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34; 141 - 146

Radebold H (1990) Zur Indikationsstellung der Psychotherapie bei über 50 – 60jährigen. In: Schneider W (Hg) *Indikationen zur Psychotherapie*. Beltz, Weinheim und Basel; 115 - 132

Ragin CC, Becker HS (1992) *What is a case? Exploring the Foundations of Social Inquiry*. University Press, Cambridge

Rauchfleisch U (1990) Probleme der Indikationsstellung für eine psychoanalytische Psychotherapie bei Delinquenten. In: Schneider W (Hg) *Indikationen zur Psychotherapie*. Beltz, Weinheim und Basel

Rauchfleisch U (1997) *Alternative Familienformen: Eineltern, gleichgeschlechtliche Paare, Hausmänner*. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen

Ravenson TA, Schiaffino KM, Majerowitz SD, Gibofsky A (1991) Social support as double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science and Medicine* 33; 807

Reich G (1994) „Defektes Selbst“ – „Defekter Körper“ – Destruktiver Narzissmus bei der Bulimie. In: Seidler GH (Hg) *Das Ich und das Fremde. Klinische und sozialpsychologische Analysen des destruktiven Narzissmus*. Westdeutscher Verlag, Opladen; 202 - 228

Reinecker H, Krauss R (1994) Wege zur Psychotherapie. Eine Untersuchung an ehemaligen Patienten. *Psychomed* 6, 1; 36 – 41

Reister G (1995) *Schutz vor psychogener Erkrankung*. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, Zürich

Regier DA, Kessler LG, Burns BJ (1979) The need for a psychosocial classifications system in primarycare settings. *Int J mental Health* 8; 16

Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, Eaton WW, Locke BZ (1984) The NIMH Epidemiological Catchment Area Program. *Archives of General Psychiatry* 41; 934 - 941

Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK (1993) The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry* 50; 85 - 94

Regier DA, Kaelber CT, Rae DS, Farmer ME, Knauper B, Kessler RC, Norquist GS (1998) Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders: implications for research and policy. *Archives of General Psychiatry* 55; 109 - 115

Regier DA, Narrow WE, Rupp A, Rae DS, Kaelber CT (2000) The epidemiology of mental disorder treatment need: community estimates of „medical necessity“. In: Andrews G, Henderson S (Ed) *Unmet need in psychiatry*. Cambridge University Press, Cambridge; 41 - 58

- Reimer C, Zimmermann R, Balck F (1986) Suizidalität im Urteil von klinisch tätigen Ärzten. *Nervenarzt*, 57; 100 - 107
- Renner W, Platz T (2000) Persönlicher Konflikt als Indikation für Psychotherapie – ein schulenübergreifender Ansatz. *Psychotherapieforum* 8, 1; 32
- Riecher-Rössler A, Bitzer J (Hg) (2005) Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. Urban und Fischer, München, Jena
- Rieger C, Walter M, Wolf B, Kästner K (1999) Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste – Ergebnisse einer Mundgesundheitsstudie in Sachsen. *Gesundheitswesen* 61; 620 - 627
- Riehl A, Diederichs P, Bernhard P, Lamprecht H, Studt H (1985) Psychosomatische Konsiliartätigkeit in einem Grossklinikum: Probleme der Integration und die Patienten-Compliance. *Psychother. Med Psychol* 35; 183 - 188
- Ringel E, Kropiunigg U (1983) Der fehlgeleitete Patient. Facultas-Verlag, Wien
- Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS (1981) National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule; its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry* 38; 381 -389
- Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Regier DA (1988) The Composite international Diagnostic Schedule Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry* 45; 1069 - 1077
- Robins LN, Regier DA (1991) Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study. The Free Press, New York
- Rosenstock IM (1966) Why People Use Health Services. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44; 94 - 124
- Rosenzweig S (1936) Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry* 6; 412 - 415
- Rössler W, Häfner H, Martini H, an der Heiden W, Jung E, Löffler W (1987) Landesprogramm zur Weiterentwicklung der ausserstationären psychiatrischen Versorgung Baden-Württemberg – Analysen, Konzepte, Erfahrungen. Deutscher Studienverlag, Weinheim
- Rössler W, Salize H, Häfner H (1993) Gemeindepsychiatrie. Grundlagen und Leitlinien. Planungsstudie Luxemburg. Verlag Integrative Psychiatrie. Innsbruck, Wien
- Rössler W (1996a) Bedarf, Angebot und Inanspruchnahme in der ausserstationären Versorgung schizophrener Patienten. (abstract). *Nervenarzt* 67 suppl 1; 120
- Rössler W, Salize HJ, Trunk V, Voges B (1996b) Die Einstellung von Medizinstudenten gegenüber psychisch Kranken. Attitudes of medical students towards the mentally ill. *Nervenarzt* 67, 9; 757-764

- Rössler W (2003) Psychische Störungen und ihr ewiges Stigma. Präventiv- und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich 13; 1 - 4
- Rössler W (2004) Psychologen in der psychiatrischen Klinik. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Rosenfeld S (2000) Gender and Dimensions of the Self. In: Frank, E. (1998) Gender and Its Effects on Psychopathology. American Psychiatric Press. Washington DC, London; 23 - 36
- Ruble DN, Greulich, F, Pomerantz EM, Gochberg B (1993) The role of gender-related processes in the development of sex-differences in self-evaluation and depression. Journal of Affective disorders 29; 97 - 128
- Rudolf G, Grande T, Porsch U (1988) Die Berliner Psychotherapiestudie. Indikationsentscheidung und Therapierealisierung in unterschiedlichen psychotherapeutischen Praxisfeldern. Zsch Psychosom Med 34; 2 - 18
- Rudolf G, Grande T, Dilg R, Jakobson T, Keller W, Oberbracht C, Pauli-Magnus C, Stehle S, Wilke S (2001) Strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen – Zur Praxisstudie analytischer Langzeittherapie (PAL). In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (2001) Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Kohlhammer, Stuttgart; 238 - 259
- Rüesch P, Manzoni P (2003) Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg) Edition obsan, Neuenburg
- Rüesch P (2005) Soziale Netzwerke und Lebensqualität. In: Gaebel W, Möller HJ, Rössler W (2005) Stigma – Diskriminierung – Bewältigung – Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Kohlhammer, Stuttgart; 196 - 211
- Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Cardlsson J, Broberg, J, Schubert J (2001) Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Psychotherapien. Aus der Forschung des Stockholm Projekts. Psyche 3; 277 - 310
- Sartorius N (2002) Iatrogenic stigma of mental illness. BMJ 324; 1470 - 1471
- Saunders SM (1993) Applicants' experience of the process of seeking therapy. Psychotherapy 30; 554 – 564
- Saunders SM (1996) Applicants' experience of social support in the process of seeking psychotherapy. Psychotherapy 33; 617 – 627
- Scharfetter C (1985) (2. Aufl. /1. Aufl 1976) Allgemeine Psychopathologie. Thieme, Stuttgart
- Scharfetter C (2002) Allgemeine Psychopathologie. Thieme, Stuttgart
- Scheidt CE, Burger T, Strukely S, Hartmann A, Fritzsche K, Wirsching M (2003) Treatment Selection in Private Practice Psychodynamic Psychotherapy: A Naturalistic Prospective Longitudinal Study. Psychotherapy Research 13; 293 - 305

- Schepank H (1987) Psychogene Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo
- Schepank H (1990) Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York
- Schepank H (1996) Zwillingschicksale. Gesundheit und psychische Erkrankungen bei 100 Zwillingen im Verlauf von drei Jahrzehnten. Enke-Verlag, Stuttgart
- Schepank H, Franz M, Lieberz K, Häfner S (2000) Zusammenfassung. In: Franz M, Lieberz K, Schepank H (Hg) Seelische Gesundheit und neurotisches Elend. Der Langzeitverlauf in der Bevölkerung. Springer, Wien, New York; 149 – 158
- Schmid M, Wang J (2003) Der Patient der Zukunft: Das Arzt-Patienten-Verhältnis im Umbruch. Schweizerische Ärztezeitung 84, 41; 2133 - 2135
- Schmitz N, Kruse J (2002) The relationship between mental disorders and medical service-utilization in a representative community sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 37; 380 - 386
- Schneider K (1946) (1. Aufl.) Klinische Psychopathologie. Thieme, Stuttgart
- Schneider W (1990): Die Psychotherapiemotivation – Behandlungsvoraussetzungen oder ein zu vernachlässigendes Konstrukt. In: Schneider W (Hg) Indikationen zur Psychotherapie. Beltz, Weinheim und Basel; 183-201
- Schneider W, Basler HD, Beisenherz B (1990): Krankheitserleben und Behandlungserwartungen bei stationären Psychotherapien. Psycho 16; 511-521.
- Schneider W, Klauer T, Janssen PL, Tetzlaff M (1999) Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. Nervenarzt 70; 240 - 249
- Schofield W (1964) Psychotherapy: the purchase of friendship. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey
- Schramm E (1996) Interpersonelle Therapie bei Depressionen und anderen psychischen Störungen. Schattauer, Stuttgart
- Schröder Christina (1995) Der Fachstreit um das Seelenheil. Psychotherapiegeschichte zwischen 1880 und 1932. Lang, Frankfurt am Main
- Schulte-Wintrop Petra (1994) „Irgendein Schamgefühl ist wohl da“ Eine Analyse von Schuld- und Schamgefühlen bei Angehörigen psychotisch Erkrankter. Waxmann, Münster, New York
- Schulz E (1998) Die Bedeutung interpersonaler Probleme für die Indikation zur Psychotherapie. Inauguraldissertation der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
- Schuster Sabine (2007) Die Entscheidung zur Psychotherapie. Psychosozial-Verlag, Giessen

- Schütze F (1977) Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Arbeitsberichte und Materialien Nr. 1. Bielefeld: Fakultät für Soziologie
- Schwarz F (2001) Psychotherapie der Psychosen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Thieme, Stuttgart
- Schweizer M, Buchmann R, Schlegel M, Schulthess P (2002) Struktur und Leistung der Psychotherapieversorgung in der Schweiz. Psychotherapieforum 10, 3; 127 - 146
- Schweizerischer Frauengesundheitsbericht (1996) Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung. Bern
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (obsan), Sturny I, Cerbonis S, Christen S, Meyer PC (2004) Daten zur Versorgung psychisch Kranker in der Schweiz. Neuchatel
- Seidenstücker G, Roth WL (1998) Treatment Decisions: Types, Models and Schools. European Journal of Psychological Assessment 14, 1; 2 - 13
- Seidler GH (1994) (Hg) Das Ich und das Fremde. Klinische und sozialpsychologische Analysen des destruktiven Narzissmus. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Seifert E (2003) Ist normal pathologisch? Freuds Abkehr von der medizinischen Sicht des Leidens. In: Heinze M, Kupke C, Kurth C (Hg) Das Mass des Leidens. Verlag Königshausen und Neumann GmbH, Würzburg
- Seligman MEP (1996) Die Effektivität von Psychotherapie. Die Consumer Report Studie. Integrative Therapie; 264 - 287
- Senf W, Broda M (2000) Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie. Thieme, Stuttgart
- Shah A (1992) The burden of psychiatric disorder in primary care. Int Rev Psychiatry 4; 243 - 250
- Shay JJ (1996) „Okay, I’m here, but I’m not talking!“ Psychotherapy with the reluctant male. Psychotherapy 33, 3; 503 - 513
- Shapiro S, Skinner EA, Kessler LG, Von Korff M, German PS, Tischler GL, Leaf PJ, Benham L, Cottler L, Regier DA (1984) Utilisation of health and mental health services. Archives of General Psychiatry 41; 971 - 978
- Shore JH, Kinzie JD, Hampson JL, Pattison EM (1973) Psychiatric epidemiology of an Indian village. Psychiatry 36; 70 - 81
- Siegrist J (1984) Krankheitsverhalten. In: Baumann U (Hg) Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive. Hogrefe, Zürich, Göttingen, Toronto; 111 - 124
- Siegrist J (1995) (5. neu bearb. Aufl.) Medizinische Soziologie. Urban & Schwarzenberg, München

- Siefen G, Kirkcaldy B (2000) Internationaler Vergleich von Psychotherapiehonoraren als Orientierungshilfe. Aktuelle Honorardiskussion und internationaler Standard. *Psychotherapeut* 45; 249 - 252
- Sieker S, Laireiter A-R (2000) Der Einfluss vom sozialen Netzwerk während der professionellen Inanspruchnahme bei depressiven Störungen. *Psychotherapieforum* 8, 1; 34
- Simon GE, Von Korff M (1995) Recognition and management of depression in primary care. *Arch Fam Med* 4; 99 - 105
- Simon GE (2000) Long-term prognosis of depression in primary care. In: *Bulletin of the World Health Organization* 78, 4; 439 - 445
- Simon GE, Goldberg DP, Von Korff M, Üstün, TB (2002) Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychological Medicine* 32; 585 - 594
- Skelton JA, Croyle RT (1991) *Mental representations in health and illness*. New York, Springer-Verlag
- Slade M (1994) Needs assessments: who needs to assess? *British Journal of Psychiatry* 165; 287 - 292
- Smith ML, Glass GV, Miller TI (1980) *The benefits of psychotherapy*. John Hopkins University Press, Baltimore
- Smith LD, Peck PL, McGovern RJ (2002) Comparison of medical students, medical school faculty, primary care physicians, and the general population on attitudes toward psychological help-seeking. *Psychol Rep* 91; 1268 - 1272
- Smith LK, Pope C, Botha JL (2005) Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis. *Lancet* 366 (9488); 825 - 831
- Soeder U, Neumer S, Rose U, Türke V, Becker E, Margraf J (2001) In: Riecher-Rössler A, Rohde A (Hg) *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Für eine geschlechtssensible Psychiatrie und Psychotherapie*. Karger, Basel Freiburg Paris London New York New Dehli Bangkok Singapore Tokyo Sydney; 253 - 267
- Speckens AEM, Spinhoven P, Sloekers PPA, Bolk JH, v Hemert, AM (1996) A validation study of the Whitely Index, the Illness Attitude Scales, and the So-matosensory Amplification Scale in general medical and general practice patients. *J Psychosomat Res* 41; 95-104
- Spiegel D (1999a) Psychotherapeutic Intervention With the Medical Ill. In: Janowski DS (Hg) *Psychotherapy Indications and Outcomes*. American Psychiatric Press, Washington DC; 277 - 300
- Spiegel D (1999b) Psychotherapy for cancer patients. In: *Efficacy and Cost-Effectiveness of Psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington DC; 159 - 183

Spitzbart S (2004) Barrieren bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie. Ergebnisse einer empirischen Studie bei TherapienutzerInnen in Oberösterreich. Schriftenreihe „Gesundheitswissenschaften“ Band 28, Universität Linz

Spycher S, Margraf J, Meyer C (2005) Zulassung der psychologischen Psychotherapeut/innen zur Krankenversicherung. Arbeitsdokument Nr. 15. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchatel

Srole L, Langner, TS Michael ST, Kirkpatrick P, Opler MK, Rennie TA (1962) Mental Health in the Metropolis. McGraw-Hill, New York

Srole L (1975) Measurement and Classification in Socio-Psychiatric Epidemiology: Midtown Manhattan Study (1954) and Midtown Manhattan Restudy (1974). Journal of Health and social Behavior 16; 347 - 364

Stake RE (1995) The art of case study research. Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi

Stake RE (2000) The case study method in social inquiry. In: Gomm R, Hammersley M, Foster P (Ed) Case Study Method. Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi; 19 - 26

Stefl ME, Prosperi DC (1985) Barriers to Mental Health service utilization. Community Mental Health Journal 21; 167 - 178

Steinke I (2000) Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I (Hg) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg; 319 - 331

Stevenson J, Meares R (1992) An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 149; 358 - 362

Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D (2003) Cost of lost productive work time among US workers with depression. JAMA 289, 23; 3135 - 3144

Stiles WB, Shapiro DA, Elliott R (1986) „Are all psychotherapies equivalent?“ American Psychologist 41; 165 - 180

Strauss B, Speidel H, Probst P, Seifert A (1991) Zeitliche begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. Potentielle Determinanten der Inanspruchnahme therapeutischer Empfehlungen. Psychosom Med Psychol 41; 53 - 60

Strauss B (2000) Psychotherapiemotivation und –indikation: Eine kritische Würdigung der Forschungsbefunde. Psychotherapieforum 8, 1; 22 - 26

Streeck U, Alberti L, Heigl F, Kollmann M, Trampisch HJ (1986): Der lange Weg zur Psychotherapie - Zur „Patientenkarriere“ von psychoneurotisch und psychosomatisch Kranken. Zsch Psychosom Med 32; 103-116

Stroczan K (1993) Das psychoanalytische Erstgespräch aus interpersoneller Perspektive: Theoretische und kritische Betrachtungen. Dissertation an der Universität Frankfurt am Main

- Strotzka H (1975) Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München
- Strupp HH (1962) Patient-doctor relationships. In: Bachrach AJ (Hg) Experimental foundations of clinical psychology. Basic Books, New York; 576 - 615
- Strupp HH, Binder JL (1997) „Negative Process“: A Recurrently Discovered and Undersetimated Facet of Therapeutic Process and Outcome in the Individual Psychotherapy of Adults. In: Clinical Psychology: Science and Practice 4, 2; 121 - 139
- Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (2001) Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Kohlhammer, Stuttgart
- Stuhr U (2001) Methodische Überlegungen zur Kombination qualitativer und quantitativer Methoden in der psychoanalytischen Katamnese Forschung und Hinweise zu ihrer Integration, In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Hg) Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Kohlhammer, Stuttgart; 133 - 148
- Stumm G (1988) Angebot und Bedarf an Psychotherapie in Österreich. In: Jandl-Jäger E, Stumm G (Hg) Psychotherapie in Österreich. Eine empirische Analyse der Anwendung von Psychotherapie. Franz Deuticke, Wien; 89 - 120
- Tallman K, Bohart AC (2001) Gemeinsamer Faktor KlientIn: Selbst-HeilerIn. In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD (Ed) So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Verlag modernes Leben, Dortmund; 85 - 136
- Tansella M, Micciolo R (1998) Unplanned first contact as a predictor of future intensive use of mental health services. Soc Psychiatr Epidemiol 33; 174 – 180
- Tansella M (2000) Making mental health services work at the primary level. Bulletin of the World Health Organization 78, 4; 501 - 502
- Thomä H, Kächele H (1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Berlin, Springer
- Thomas WI, Znaniecki F (1918) The Polish Peasant. Vol. 1 & 2. University of Chicago Press, Chicago
- Thornicroft G, Johnson S, Leese M, Slade M (2000) The unmet needs of people suffering from schizophrenia. In: Andrews G, Henderson S (Ed) Unmet need in psychiatry. Cambridge University Press, Cambridge; 197 – 217
- Thornicroft G (2002) The global response to mental illness. BMJ 325; 608 - 609
- Timms D (1998) Gender, social mobility and psychiatric diagnosis. Soc Sci Med 46, 9; 1235 - 1247
- Tress W (1986) Das Rätsel der seelischen Gesundheit. Traumatische Kindheit und früher Schutz gegen psychogene Störungen. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Tress W, Kruse J, Heckrath C, Alberti L (1996) Psychosomatische Grundversorgung in der Praxis. Erhebliche Anforderungen an niedergelassene Ärzte. Deutsches Ärzteblatt 93, 10; 597 - 601

Tress W, Manz R, Sollors – Mossler, neubearbeitet von Tress W, Schepank H, Franz M (1996) Epidemiologie. In: Von Üxküll T (Hg) Psychosomatische Medizin. München & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore

Tress W (2002) Medizinische Behandlungsnotwendigkeit in der kassenärztlichen psychotherapeutischen Versorgung. Psychotherapeut 47; 59 - 60

Tschuschke V (1997) Das Äquivalenz-Paradox in der Psychotherapieforschung. In: Tschuschke V, Heckrath C, Tress W (Hg) Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen; 125- 140

Tschuschke V, Heckrath C, Tress W (1997a) Wo steht die Psychotherapie heute? In: Tschuschke V, Heckrath C, Tress W (Hg) Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen; 140 - 151

Tschuschke V Heckrath C, Tress W (1997b): Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen

Tschuschke V (1998) Nützt mir Psychotherapie? Hilfen zur Entscheidung. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen

Tschuschke V, Kächele H (1998) Was leistet Psychotherapie? Zur Diskussion um differentielle Effekte unterschiedlicher Behandlungskonzepte. In: Fäh M, Fischer G (Hg) Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden. Psychosozial Verlag, Giessen; 137 - 161

Uchtenhagen A (2003) Therapiemotivation – was kann der Therapeut beitragen? Vortrag an den Balser Therapietagen 29. bis 31. 05. 2003) Tobandkassette bei www.hoersignale.de oder ZB:Ton TL 546, perspectiva, Bahnhofst.r 63, 4125 Riehen, www.perspectiva.ch

Üstün TB, Sartorius N (1995) Mental illness in general health care: an international study. John Wiley & Sons, Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore

Üstün TB, Von Korff M (1995) Primary Mental Health Services: Access and Provision of Care. In: Üstün TB, Sartorius N (Ed) Mental illness in general health care: an international study. John Wiley & Sons, Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore; 347 – 369

Üstün TB (1999) Global burden of mental disorders. American Journal of Public Health 89; 1315 – 1318

Üstün TB (2000) Klassifikation psychischer Störungen in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten. In: WHO Dilling H (Hg) Die vielen Gesichter des psychischen Leids. Das offizielle Fallbuch der WHO zur ICD-10 Kapitel V (F). Falldarstellung von Erwachsenen. Verlag Hans Huber, Bern; 3 - 8

Veith A (1997) Therapiemotivation. Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen. Beiträge zur psychologischen Forschung Band 35. Westdeutscher Verlag, Opladen

Verres R (1991) Gesundheitsforschung und Verantwortung. Gedanken zur Differenzierung und Vertiefung der Rekonstruktion subjektiver Gesundheits -und Krankheitstheorien. In: Flick U (Hg) Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Asanger, Heidelberg; 305 - 318

Veroff JB (1981) The dynamics of help-seeking in men and women: A national survey study. *Psyche* 44; 189 – 200.

Veroff JB, Kulka R, Douvan E (1981) *Mental Health in America*. Basic Books, New York

Vessey JT, Howard KI (1993) Who Seeks Psychotherapy? *Psychotherapy* 30, 4; 546 - 553

Von Korff M, Katon WJ, Lin EH (1990) Psychological distress, physical symptoms, utilization and the cost-offset-effect. In: Sartorius N, Goldberg DP, Girolamo G, Costa e Silva JA, Lecrubier Y, Wittchen HU (Ed) *Psychological disorders in general medical settings*. Hogrefe & Huber, Toronto; 159 - 169

Von Üxküll T (1994) (3. Aufl.) Was ist und was will „Integrierte Psychosomatische Medizin?“ In: Von Üxküll T, Adler R et al. (Hg) *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*. Schattauer, Stuttgart, New York; 17 - 34

Von Üxküll T (1998): *Psychosomatische Theorie. Das Arzt – Patient – Verhältnis*. In: Blum M, Nessler T (Hg) *Psychische Umwelt – Körperliche Gesundheit*. Rombach Verlag, Freiburg; 11 – 26

Von Wyl Agnes (2000) *Magersüchtige und bulimische Patientinnen erzählen: eine narrative Studie der Psychodynamik bei Essstörungen*. Lang, Bern

Wacker A (Hg) (1992) *Die Marienthal-Studie 60 Jahre später. Marie Jahoda zum 85. Geburtstag Bd 2*, agogis, Hannover; 3 - 18

Wacker HR (1995) *Angst und Depression. Eine epidemiologische Untersuchung*. Huber, Bern

Wagner E (1996) *Psychotherapie als Wissenschaft in Abgrenzung von der Medizin*. In: Pritz A (Hg) *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen*. Springer, Wien, New York; 219 - 247

Wallerstein RS (2001) Die Generationen der Psychotherapieforschung – Ein Überblick. In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Hg) *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Kohlhammer, Stuttgart; 38 - 60

Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Ahn H (1997) The flat earth an a metaphor for the evidence for uniform efficacy of bona fide psychotherapie: reply to Crits-Christoph (1997) and Howard et al. (1997) *Psychological bulletin* 122, 3; 266 - 230

Wang PS, Demler O, Kessler RC (2002) The Adequacy of Treatment for Serious Mental Illness in the United States. *American Journal of Public Health* 92; 92 – 98

Wang PS, Berglund PA, Kessler RC (2003) Patterns and correlates of contacting clergy for mental disorders in the United States. *Health Serv Res* 38, 2; 647 - 673

- Wang PS, Berglund PA, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC (2005a) Failure and Delay in Initial Treatment Contact After First Onset of Mental Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Gen Psychiatry* 62, 603 - 613
- Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC (2005b) Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States. Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Gen Psychiatry*, 62, 629 - 640
- Waldron I (1976) Why do women live longer than men? *Social Science and Medicine* 10; 349-362
- Weckenmann MF (2000) Psychotherapie und soziale Schicht. *Psychotherapieforum* 8, 1; 36
- Wegner P, Henseler H (1991) Die Anfangsszene des Erstinterviews im Prisma einer Analytikergruppe: Eine empirische Studie. *Forum der Psychoanalyse*, 7; 214 - 224
- Wegner P (1992) Zur Bedeutung der Gegenübertragung im psychoanalytischen Erstinterview. *Psychoanalyse – Klinik und Kulturkritik* 3; 286 - 305
- Weis J, Koch U (1998): Betreuungsbedarf; Versorgungsstrukturen und Inanspruchnahmeprozesse – eine theoretische Einführung. In: Koch U, Weis J (Hg) *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung*. Schattauer, Stuttgart, New York; 175 – 182.
- Wells JE, Robins LN, Bushnell JA, Jarosz D, Oakley-Browne MA (1994) Perceived barriers to care in St. Louis (USA) and Christchurch (NZ): reasons for not seeking professional help for psychological distress. *Soc Psychiatr Epidemiol* 29; 155 – 164
- Wells KB, Schoenbaum M, Unutzer J, Lagomasino IT, Rubenstein LV (1999) Quality of care for primary care patients with depression in managed care. *Arch Fam Med* 8; 529 - 536
- Wettley A (1965) Prolegomena zu einer Geschichte der Psychotherapie. *Hippokrates* 36; 150 - 197
- WHO ICPE (2000) International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE) Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 78, 4; 413 - 426
- WHO (2000) Die vielen Gesichter des psychischen Leids. Das offizielle Fallbuch der WHO zur ICD-10 Kapitel V (F): Falldarstellung von Erwachsenen. Dilling H (Hg) Verlag Hans Huber, Bern
- WHO (2001a) (1. Aufl.) Dilling H (Hg) *Psychische Störungen in der primären Gesundheitsversorgung – Diagnostik und Behandlungsrichtlinien*. Die internationale Ausgabe der Primary Health Care (PHC) Version. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- WHO (2001b) *The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization

WHO Survey Consortium (2004) Prevalence, Severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 291, 21; 2581 - 2590

Wieser E (2002) „Ich bin wegen dem genauso wertvoll wie andere!“ Zur Bedeutung von Scham beim stotternden Menschen. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Innsbruck

Wilhelm K, Lin E (2000) Unmet need in depression: varying perspectives on need. In: Andrews G, Henderson S (Ed) Unmet need in psychiatry. Cambridge University Press, Cambridge; 233 - 244

Wilke S, Grande T (1991) Krankheitskonzepte als Verhandlungsgegenstand – ein Modell zur interaktionellen Ausarbeitung von Ursachenvorstellungen in psychoanalytischen Erstinterviews. In: Flick U (Hg) Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Asanger, Heidelberg; 177 - 197

Wittchen HU, Müller N, Storz S (1998): Psychische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. Gesundheitswesen 60 Sonderheft 2; 95 - 100

Wittchen HU, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidtkunz B (1999) Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. Das Gesundheitswesen. Schwerpunktheft: Bundes-Gesundheitssurvey 1999. Sonderheft 2, 61; 216 – 222

Wittchen HU (2000) Met and unmet need for interventions in community cases with anxiety disorders. In: Andrews G, Henderson S (Ed) Unmet need in psychiatry. Cambridge University Press, Cambridge; 256 - 276

Wittchen HU, Jacobi F (2002) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Psychotherapeutenjournal, 0; 6 – 15 Abrufbar über: www.psychotherapeutenjournal.de/archiv.html, 11.01.2008

Witzel A (1985) Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann G (Hg) Qualitative Forschung in der Psychologie. Beltz, Weinheim und Basel; 227 - 256

Witzel A (1996) Auswertung problemzentrierter Interviews. Grundlagen und Erfahrungen. In: Strobl R, Böttger A (Hg) Wahre Geschichten? Zur Theorie und Praxis qualitativer Interviews. Nomos, Baden Baden; 49 - 76

Witzel A (2000) Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research (Online Journal), 1 (1). Abrufbar über: <http://qualitative-research.net/fqs>, 23.02.04

Wu LT, Ringwalt CL, Williams CE (2003) Use of substance abuse treatment services by persons with mental health and substance abuse use problems. Psychiatr Serv 54, 4; 363 - 369

Wulff E (1991) Epidemiologie psychischer Störungen. In: Kisker KP, Freyberger H, Rose HK, Wulff E (Hg) Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Thieme Verlag, Stuttgart, New York; 11 - 23

- Wurmser L (1998) (3. erw. Aufl.) Die Maske der Scham. Springer, Berlin
- Wurmser L (2000) (3. Aufl.) Flucht vor dem Gewissen: Analyse von Über-Ich und Abwehr bei schweren Neurosen. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Yin RK (2003a) Case study research: design and methods. Applied Social Research Methods Series 5, (3. Ed), Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi
- Yin RK (2003b) Applications of case study research. Applied Social Research Methods Series 34, (2. Ed), Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi
- Zäske H, Baumann A, Gaebel W (2005) Das Bild des psychisch Kranken in der Bevölkerung. In: Gaebel W, Möller HJ, Rössler W (2005) Stigma – Diskriminierung – Bewältigung – Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Kohlhammer, Stuttgart; 56 - 82
- Zeldow PB, Greenberg RP (1980) Who Goes Where: Sex-Role Differences in Psychological and Medical Help Seeking. Journal of Personality Assessment 44, 4; 433 - 435
- Zepf S, Marx A, Mengele U (2001) Die ambulante psychotherapeutische Versorgungslage der Erwachsenen im Saarland. Psychotherapeut 46; 75 – 81
- Zepf S, Mengele U, Hartmann S (2003) Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. Psychother Psych Med 53; 152 - 162
- Zepke G (1994) Vom Interview zum Text: Transkription. In: Arbeitskreis Qualitative Sozialforschung (Hg) Verführung zum Qualitativen Forschen. Eine Methodenauswahl. WUV-Universitätsverlag, Wien; 77 - 81
- Zerssen D v (1976) Klinische Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) aus dem Münchner Psychiatrischen Informations-System. Beltz, Weinheim
- Zintl-Wiegand A, Cooper B, Krumm B (1980) Psychisch Kranke in der ärztlichen Allgemeinpraxis. Beltz, Weinheim und Basel
- Zola IK (1966) Culture and Symptoms – an analysis of patients' presenting complaints. American Sociological Review 31; 615 – 630
- Zola IK (1989) Pathways to the doctor – from person to patient. In: Brown P (Ed) Perspectives in Medical Sociology. Wadsworth Publishing Company, Belmont, California

Anhang

A.1 Patientenbrief

Maribel Fischer lic. phil.
Psychotherapeutin SPV und FSP
Obertor 8
8400 Winterthur
052 212 35 07

Winterthur, Juli 2001

Sehr geehrte Patientin

Ich möchte Sie gerne anfragen, ob Sie bereit wären, mir in einem ein- bis zweistündigen Interview Gesprächspartnerin zu sein.

Ich arbeite an einer Dissertation zum Thema „Zugangswege zur Psychotherapie“, dabei geht es um die Frage, wie jemand sich dazu entschliesst, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen.

Ich frage alle Patientinnen unserer Frauenstelle für psychologische Beratung und Therapie, also der drei psychoanalytischen Praxen von mir und meinen beiden Kolleginnen, Frau X und Frau Y. Damit die befragte Gruppe nicht zu heterogen wird, beschränke ich die Untersuchung auf Frauen, darum werden keine Männer befragt.

Während dem Interview werde ich die Rolle der Befragerin einnehmen und nicht die der Psychotherapeutin. Dieses Gespräch wird also kein therapeutisches Gespräch sein. Auftauchendes Material, das für Ihre laufende Psychotherapie brauchbar ist, werden Sie in den nächsten Therapiestunden bei ihrer Therapeutin bearbeiten können. Natürlich gilt auch hier die Schweigepflicht, das heisst, es wird keinerlei Austausch zwischen mir und den beiden Kolleginnen stattfinden über diese Gespräche.

Ich würde mich freuen, Sie für ein Treffen gewinnen zu können. Falls Sie einverstanden sind, erlauben Sie Ihrer Therapeutin, mir Ihre Telefonnummer zu geben, dann werde ich versuchen, Sie in den nächsten Tagen zu kontaktieren.

Mit herzlichem Dank

Maribel Fischer

A.2 Interview

A.2.1 Das Inanspruchnahmeinterview

A.2.1.1 Offene Eingangsfrage

1.a) Können Sie mir berichten, wie es dazu gekommen ist, dass Sie sich entschlossen haben, mit Ihren Problemen zu uns zu kommen?

1.b) Erzählen Sie einfach so, wie es Ihnen in den Sinn kommt in ein paar Sätzen, so das Wichtigste, was Sie gerade jetzt finden, was ausschlaggebend war, dass Sie zu uns gekommen sind. Ich werde Ihnen anschliessend konkrete Fragen stellen.

A.2.1.2 Wahrnehmung des seelischen Problems

1a. **Wie** haben Sie überhaupt gemerkt, dass sich seinerzeit bei Ihnen etwas verändert hat?

1b. War das ein genauer **Moment**, wie etwa: "Jetzt hat sich etwas Grundlegendes verändert!?" Also was genau hat ausgelöst, dass Sie merkten, dass etwas „nicht mehr stimmt“?

1c. **Wann** war das? War es an einem bestimmten Datum? Jahr, Monat, Tag?

1d. **Wo** war das? Bei einer bestimmten Gelegenheit, an einem bestimmten Ort?

1e. Nebst dem, was Sie mir jetzt schon erzählt haben, gibt es **andere Momente**, die Sie erinnern, in denen Sie wahrgenommen haben, dass Sie Probleme hatten, die wir bis jetzt noch nicht berücksichtigt haben?

2a. Sind Sie mit der Wahrnehmung Ihres Problems allein geblieben oder haben Sie mit jemandem darüber **Gespräche** führen wollen und können?

2b. So etwa Hausärztin oder Hausarzt oder andere Fachpersonen, Verwandte, Freundeskreis, Bekanntenkreis, Arbeitskollegschaft?

2c. Hat Sie etwas **Äusseres** wesentlich beeinflusst in Ihrer Wahrnehmung Ihres seelischen Problems? Wie etwa Zeitschriften, Fernsehen, Internet?

A.2.1.3 Interpretation des Problems

1a. Wie haben Sie gemerkt, dass Ihr Leid sich von „gewöhnlichem menschlichen Leid“ unterscheidet und Sie externe Hilfe benötigen?

1b. Wie haben Sie sich Ihr Leid erklärt?

1c. Gab es bestimmte „**kritische Lebensereignisse**“, das sind positive oder negative herausragende Vorkommnisse mit Folgen wie etwa Heirat, Geburt, Krankheit, Tod, Hauskauf, berufliche Veränderungen, die in Zusammenhang mit Ihren Symptomen standen?

2a. Denken Sie, dass dieses Leiden einer **lebensgeschichtlichen Phase** zugeordnet werden kann?

2b. Wissen Sie, so wie Kindheit, Pubertät, Adoleszenz, Erwachsenenalter, Schwangerschaft, Geburt, postpartale Zeit, Wechseljahre, Altersbeschwerden?

3a. Als Sie feststellten, dass Sie externe Hilfe brauchen, was hat dies für Gedanken und Gefühle bei Ihnen ausgelöst?

3b. Hat es Ihnen Angst gemacht? Sind Sie wütend geworden? Hat es Sie traurig gemacht? Oder haben Sie sich noch mehr Mühe gegeben, sich zusammenzureissen? Oder sind Sie erleichtert gewesen, dass nun etwas in Gang kommen kann? Oder etwas ganz anderes, das jetzt in dieser Aufzählung nicht vorgekommen ist?

A.2.1.4 Praktische Fragen zur Kontaktaufnahme

1a. **Wie** sind Sie seinerzeit auf uns gekommen?

1b. Telefonbuch, Empfehlung, Überweisung, Therapievermittlungsstelle PVR, Qualifikation der Therapeutinnen, Krankenkassenfragen, z. B. HMO-Praxis, Adresse, Standort der Praxis, Gespräch mit anderen und Empfehlung oder anderes?

2a. Als Sie damals den Kontakt mit uns hergestellt haben, wie war das?

2b. War das leicht oder war das mühsam, haben Sie uns vielleicht grad nicht erreicht und den Telefonbeantworter gehört und dann aufgegeben und woanders versucht?

3a. Wie fühlten Sie sich im **Vorfeld** bis zur Erstbegegnung mit Ihrer Therapeutin?

3b. Würden Sie sagen, dass Sie eher skeptisch, misstrauisch und ängstlich oder eher vertrauensvoll, erwartungsvoll und hoffnungsvoll waren?

Haben Sie eine bestimmte Ängste oder Wünsche an die Psychotherapeutin gehabt?

4. Was war Ihr erster **Eindruck**, als Sie im Wartezimmer von ihrer Therapeutin abgeholt wurden?

5a. Wie gut waren Sie **vorinformiert** darüber, was in einem Erstgespräch vor sich geht?

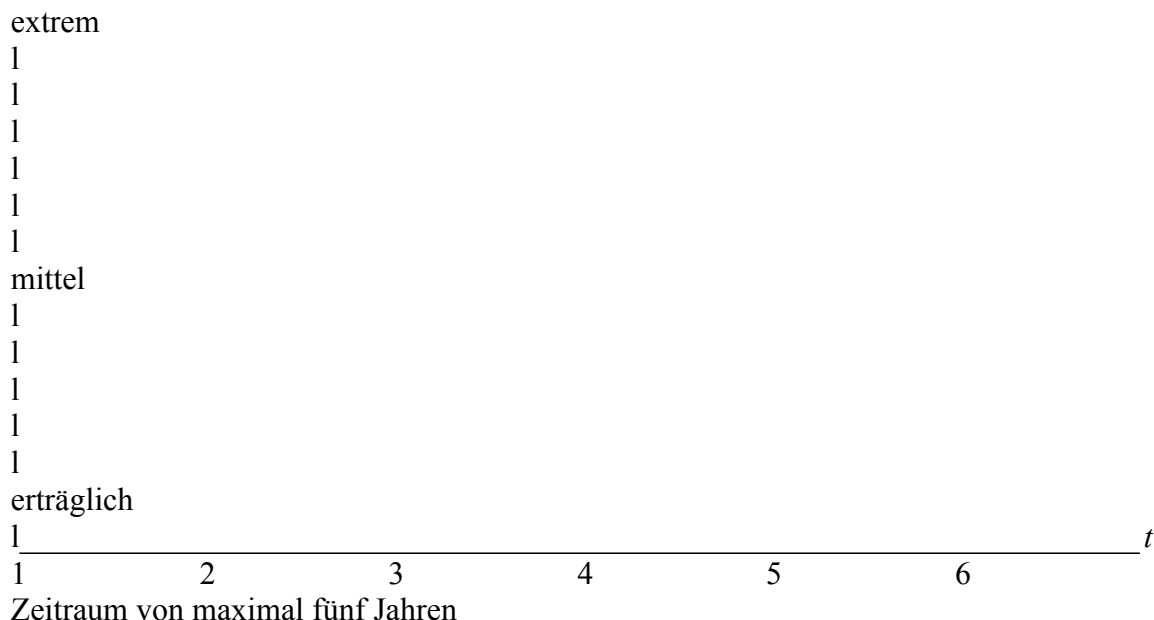
5b. Hat sich das bestätigt? Ist die Information über das Erstgespräch richtig oder falsch gewesen?

6a. Haben Sie in Ihrer Not Momente von grosser **Hilflosigkeit** oder gar Ohnmacht und Ausgeliefertsein erlebt und meinen Sie, dass diese ausschlaggebend für Ihre Kontaktaufnahme mit uns gewesen sind?

6b. Oder denken Sie, dass Sie eher in einem „**starken Moment**“ angerufen haben? Bitte zeichnen Sie ihre persönliche Kurve auf der untenstehenden Graphik ein.

A.2.2 Befindlichkeitsgraphik

Leidensdruck: das subjektive Ausmass der Befindlichkeit



Leidensdruck: Ausmass der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertsein an die eigenen seelischen Konflikte: bitte mit Linie auf der Zeitachse darstellen

Zeitpunkt:

1. Erstmaliges Auftreten der psychischen Störung
2. Interpretation zu Symptomen
3. Entscheidung, Hilfe aufzusuchen
4. Kontaktaufnahme
5. Erstgespräch
6. Nach Erstgespräch

A.2.3 PSTQ: Process of Seeking Therapy Questionnaire (Saunders 1993)

1. Problemerkennung

Schwierigkeit:

Wie schwierig war es für Sie zu erkennen, dass Sie ein Problem haben? (recognizing the problem?)¹⁷⁸

¹⁷⁸

Die englischen Fragen wurden auf deutsch respektive schweizerdeutsch übersetzt und durch einen professionellen Übersetzer (Omar Solanki, Zürich) rückübersetzt. Die englische Version steht in Klammer hinter der deutschen Version.

1-----2-----3-----4-----5-----6
 extrem sehr ziemlich ziemlich sehr extrem
 hart hart hart einfach einfach einfach

Zeitlich:

Wie lange dauerte es für Sie zu erkennen, dass Sie ein Problem haben?

1-----2-----3-----4-----5-----6
 gradewegs im etwa eine etwa ein Monat ein paar etwa ein Jahr mehr als ein
 selben Moment Woche Monate Jahr Jahr

Vertraute oder Fachpersonen:

Wer, wenn jemand, konnte Ihnen dabei helfen?

.....

2.-Entscheidung, dass Psychotherapie helfen könnte**Schwierigkeit:**

Wie schwierig war es für Sie zu entscheiden, dass Psychotherapie helfen könnte? (deciding therapy might help)

1-----2-----3-----4-----5-----6
 extrem sehr ziemlich ziemlich sehr extrem
 hart hart hart einfach einfach einfach

Zeitlich:

Wie lange dauerte es für Sie zu entscheiden, dass Psychotherapie helfen könnte? (deciding therapy might help)

1-----2-----3-----4-----5-----6
 gradewegs im etwa eine etwa ein Monat ein paar etwa ein Jahr mehr als ein
 selben Moment Woche Monate Jahr Jahr

Vertraute oder Fachpersonen:

Wer, wenn jemand, konnte Ihnen dabei helfen?

.....

3.-Entscheidung, Psychotherapie aufzusuchen**Schwierigkeit:**

Wie schwierig war es für Sie zu entscheiden, Psychotherapie aufzusuchen? (deciding to seek therapy)

1-----2-----3-----4-----5-----6
 extrem sehr ziemlich ziemlich sehr extrem
 hart hart hart einfach einfach einfach

Zeitlich:

Wie lange dauerte es für Sie zu entscheiden, Psychotherapie aufzusuchen? (deciding to seek therapy)

1-----2-----3-----4-----5-----6
 gradewegs im etwa eine etwa ein Monat ein paar etwa ein Jahr mehr als ein
 selben Moment Woche Monate Jahre Jahr

Vertraute oder Fachpersonen:

Wer, wenn jemand, konnte Ihnen dabei helfen?

.....

4.-Kontaktaufnahme zu einer Fachperson

Schwierigkeit:

Wie schwierig war es für Sie für einen ersten Termin anzurufen, eine Fachperson zu kontaktieren? (contacting the mental health system)

1-----2-----3-----4-----5-----6
 extrem sehr ziemlich ziemlich sehr extrem
 hart hart hart einfach einfach einfach

Zeitlich:

Wie lange dauerte es für Sie für einen ersten Termin anzurufen, eine Fachperson zu kontaktieren? (contacting the mental health system)

1-----2-----3-----4-----5-----6
 gradewegs im etwa eine etwa ein Monat ein paar etwa ein Jahr mehr als ein
 selben Moment Woche Monate Jahre Jahr

Vertraute oder Fachpersonen:

Wer, wenn jemand, konnte Ihnen dabei helfen?

.....

A.2.4 Dokumentationsbogen

Mit dem Dokumentationsbogen wurden die wichtigsten demografischen Daten erfasst.

1.Name und heutiges Datum

.....

2.Geburtsdatum

.....

3.Adresse

.....

4.Ausbildung

.....

5.Aktueller Beruf

.....

6.Wohnsituation: alleinlebend, mit Ehemann/Freund, mit Kindern, WG

.....

7.Kinder: Alter und Geschlecht

.....

8.Zivilstand: verheiratet, geschieden, verwitwet, ledig

A.3 Ergebnisse zum Inanspruchnahmeprozess-Interview

A.3.1 Offene Eingangsfrage und erste Themenauswahl der Probandinnen

Kategorie 1: Zugang durch Vertraute

Frau 4 liess sich von Freunden ermutigen:

„Ich habe nicht mehr weitergewusst. Ich bin eigentlich eher ein Mensch, der versucht, sich selber zu helfen und der Mühe hat, sich helfen zu lassen und ja im Gespräch mit anderen Leuten, mit Freundinnen und mit Freunden, wo das halt auch schon in Anspruch genommen haben, eine Therapie, da bin ich darauf gekommen, dass das auch etwas sein könnte für mich. Da hatte ich die Idee, einen Versuch zu starten, ob dies etwas wäre für mich und habe dann eben gemerkt, dass dies jetzt in meinem Fall schon eine grosse Hilfe gewesen ist für mich.“

Frau 6 suchte wegen ihrer kleinen Tochter Psychotherapie auf:

„Ich glaube der Auslöser ist meine Tochter gewesen. Die war dann... Wie alt ist die gewesen? Ein bisschen mehr als jährig. Ich habe einfach das Gefühl gehabt, ich will der nichts solches mitgeben, also irgendwie so ein wenig die Angst vor dem. Irgendwie hab ich gefunden, so für mich allein ist das, also ich habe recht lange gehabt, bis ich mich entschlossen habe, weil meine Mutter, die hat immer sich dagegen, also mir sehr davon abgeraten und ... ich bin auch zu einem homöopathischen Arzt, der gefunden hat, das könne man eigentlich gut homöopathisch behandeln, das sei nicht nötig, eine Psychotherapie. Ja. Und eigentlich denke ich, den Ausschlag gegeben hat meine Tochter. Weil ich gefunden habe, wenn ich die Verantwortung habe für ein Kind, dann will ich dem das nicht auch weitergeben.“

Frau 9 konnte sich mit der Hilfe einer Freundin anmelden:

„Ich glaube das ist im Januar gewesen und ich glaube ich habe grad mit meiner Freundin telefoniert dort und ich habe immer gesagt, nein ich kann nicht anläuten. Ich meine das ist ja so blöd, also ich bin berufstätig, ich fahre Lastwagen, ich bin Betonmischmeister, ich habe eine eigene Konditorei und ich komme mit meinem Freund nicht zurecht! Das ist ja Blödsinn. Und sie hat dann gesagt, so wenn du dann jetzt nicht bald gehst, dann machst du mich auch wahnsinnig und da habe ich gedacht uii, ja und grad nach diesem Telefon habe ich angeläutet und wahrscheinlich wenn es besetzt gewesen wäre, hätte ich nachher nicht mehr angeläutet und ja ... ich habe mich uh geschämt.“

Frau 11 wurde von Fachleuten aufgrund ihrer somatischen Probleme eine Psychotherapie empfohlen, eine Freundin verwies sie konkret auf den psychologischen Dienst der Universität:

„Ja das ist über einen Umweg gewesen. Ich bin eigentlich zuerst bei einer anderen Psychologin gewesen zuerst und dort bin ich hingegangen, weil ich ein somatisches Problem gehabt habe in Anführungszeichen, ich habe Magenweh gehabt, Übelkeit und Erbrechen und dann hat man einfach mir gesagt, ja, das ist psychosomatisch und dann ist es einfach die logische Folgerung gewesen, dass man halt zu einer Psychologin geht oder zu jemandem, der einem auf dieser Schiene wei-

terhelfen kann und dann hat mir eine Freundin weitergeholfen und die hat gesagt, ja an der Uni gibt es da den psychologischen Dienst und da habe ich mich dann hingewendet und da ist es dann klar geworden, dass ich offenbar Hilfe brauche von seiten eines Psychologen oder einer Psychologin und dazumal habe ich mich aber noch nicht dazu entscheiden können. Das ist eigentlich erst später gekommen und dann habe ich mich wieder dahin gewendet und dieser Unipsychologische Dienst hat mich dann eigentlich weitergeleitet. Also ich habe dann zwei Namen bekommen, der von der Frau X und noch ein anderer, aber der ist für mich geografisch nicht so gut gelegen und daher habe ich es dann zuerst hier versucht.“

Frau 12 hatte somatische Probleme und hörte auf den Rat ihrer vertrauten Hausärztin:

„Also. Ich habe eigentlich schon viel früher daran herumstudiert, dass ich eine Therapie machen sollte. Ich habe ja schon einmal eine Therapie angefangen, aber die habe ich wieder abgebrochen. Aber das Problem ist dann schon gewesen, ich habe dann körperliche Probleme bekommen, also das Herz zum Beispiel, wo dann die Hausärztin herausgefunden hat, dass es nicht körperlich sein kann. Wir haben dann kurz ein bisschen über mich und meine Vergangenheit geredet und da hat sie mir schon auch empfohlen, also sie hat mir nicht gesagt, ich müsse, aber sie hat es mir empfohlen, eine Therapie aufzusuchen. Ich habe dann noch ein wenig zugewartet, bis ich dann selber auch gefunden habe, jetzt ist der Punkt, jetzt ertrage ich es nicht mehr...ja. Es ist mir schlecht gegangen, darum!“

Frau 14 meinte erst, sie müsse selbst mit ihren Problemen fertigwerden, bis sie denken konnte, sie schaffe es nicht mehr allein:

„Ich habe wieder diese Probleme gehabt und ja bin einfach wieder nicht mehr fertig geworden damit und auch mit meinem Leben und das Ganze hat für mich so... ja ich habe wieder Angst bekommen, dass diese Beziehung wieder in die Brüche geht. Ja, dass es einfach wieder nicht klappt wegen meinen Problemen und dann ist mir das durch den Kopf gegangen, aber es hat recht lange gebraucht, bis ich mich wirklich so entschieden habe, mich hier zu melden. Ich habe auch von meiner Frauenärztin ja die Nummer bekommen. Ich habe es aber nie gemacht, ich habe immer gedacht, da werde ich schon damit fertig, das sind Kleinigkeiten und andere haben die grösseren Probleme. (...) Und irgendwann ist dann einfach wirklich dieser Punkt gekommen, wo ich gedacht habe, nein ich schaffe es einfach wirklich nicht allein. Und ich will einfach glücklicher sein in meinem Leben!“

Frau 16 betont den langen Prozess bis zur Psychotherapieaufnahme, der von ihrer Supervisorin angeregt wurde:

„Also es ist in dem Sinn wirklich ein relativ langer Prozess gewesen. Zuerst einmal ist diese Thematik eigentlich schon während der Ausbildung aufgetaucht. (...) Und dann ist es wieder relativ lange weg vom Tisch gewesen, bis dann eben zu dieser Supervision in diesem Schuljahr, wo es nicht so gelaufen ist und dort ist es dann wieder gekommen, am Schluss, so in der zweitletzten Besprechung, wo wir gehabt haben, wo sie persönlich sich geäußert hat, sie hätte das Gefühl, da wären Sachen herum, die man tiefenpsychologisch anschauen müsste und ich hätte das eigentlich gerne mit ihr gemacht, aber sie hat keine tiefenpsychologische Ausbildung gehabt und hat das von dem her nicht machen können. Und sie hat mir dann noch, also schon von den anderen hab ich dann mal Adressen bezogen gehabt und habe mich aber nie gross darum gekümmert. Sie hat mir dann ganz konkret einen Psychiater da in Winterthur empfohlen, hat mir aber dort schon gesagt, der sei relativ gut ausgebucht, also vielleicht könne der mir weiterhelfen. Das ist dann aber

trotzdem..., irgendwie also ich bin nicht nach Hause gegangen und habe dem telefoniert. Das hat dann doch noch einen Prozess gebraucht, bis ich, ja wann war das, so kurz vor den Sommerferien, was war das Oktober, November, bis ich dann ihm zuerst und dann Ihnen hier angeläutet habe.“

Frau 18 liess sich von ihren Freundinnen beraten:

„Also ich habe einfach gemerkt, dass es mir nicht gut geht und ich habe dann auch gemerkt, dass es nicht mehr geht und dass ich etwas machen muss. Und äh, dass ich das wahrscheinlich allein nicht schaffe, im Moment in dieser ganzen Überforderungssituation und alles... und dann hab ich mich entschieden, dass ich Hilfe suche.

Es ist natürlich zuerst so gewesen, dass es eine Idee in meinem Kopf war und dass ich mich dann auch mit anderen Leuten äh damit auseinandergesetzt habe, also dass ich Leute gefragt habe, ob sie auch Erfahrungen haben mit Therapien, Freundinnen von mir, oder gefragt habe, was sie mir empfehlen würden...oder ob jemand jemanden wüsste und so weiter...und ja diese Zeit ist nicht so lange gegangen. Ich habe gewusst, jetzt muss etwas gehen und habe dann einfach einmal so ein paar Adressen rausgesucht und unter anderem dann diese von dieser Stelle hier auch.“

Frau 21 wurde von ihrer Mutter unterstützt:

„Ja also es ist einfach gewesen. Ich habe gemerkt, dass es mir nicht gut geht und ich habe einfach gewusst, dass ich etwas machen muss, weil ich sonst in einen Teufelskreis hineinkomme. Und wenn meine Mutter nicht gewesen wäre und mich noch unterstützt hätte bei diesem Gedanken, dann wäre ich vielleicht eher durchgeschliffen, aber sie hat mir dann auch geholfen und ich habe dann mit dem Arzt darüber geredet und der hat mir dann auch Adressen gegeben und so bin ich hierher gekommen.“

Frau 24 hörte auf den Rat ihrer Schwester:

„Ja. Mir ist einfach total schlecht gegangen, total mies. Ich habe absolut keinen Wert gehabt für mich selber und äh... ich habe meine Schwester um Rat gefragt, weil ich sonst niemand gewusst habe, dem ich das anvertrauen hätte können. Und äh...sie hat mir gesagt, dass mir jemand wie Sie helfen könnte, mit meinen Problemen zurecht zu kommen. Meine Schwester hat einfach gesagt, du weißt, dass du auf mich und aufs Mami zählen kannst. Und ich habe gesagt, das weiss ich, aber das geht nicht. Ich meine mit der Familie...man hat ein Verhältnis mit der Familie. Aber gewisse Sachen kann ich meiner Familie nicht erzählen. Also möchte ich auch nicht. Und das ist sicher bei einer neutralen Person etwas anderes und meine Probleme wollte ich einfach meiner Mutter nicht erzählen, das wäre mir zu weit gegangen. Meine Schwester hat gesagt, eine Therapeutin könnte dir sicher weiterhelfen und ich war soweit, dass ich gedacht habe, ja mach ich, wenn die mir helfen können? Weil ich weiss, dass ich mir nicht mehr helfen kann und ich weiss, dass ich Hilfe brauche.“

Frau 26 wurde durch ihre Freundin zur Psychotherapie angeregt:

„Ich denke, dass das sehr mit meiner Partnerin zu tun hat. Sie ist schon Jahre in eine Therapie gegangen und bei uns hats in der Beziehung wirklich grosse Probleme gegeben und sie hat sich nicht so gefühlt, dass sie meine Therapeutin ist. Also für sie waren die Probleme so gross, dass sie gesagt hat, du musst einfach in eine Therapie gehen. Und äh das hab ich dann auch gemacht, weil ich das auch

spannend gefunden habe. Also mir war auch klar, weil sie hat mich an meinen schwächsten Punkten getüpfelt jedes Mal wieder. Und weil sie schon so lange Therapie macht, hat sie mir das auch so wie erklären können, aber das ist nicht ihre Aufgabe. So ist das gewesen ja.“

Kategorie 2: Pragmatischer Zugang

Frau 5 wollte Psychotherapie wegen ihrer Probleme am Arbeitsplatz:

„Also ausschlaggebend ist gewesen, dass ich Schwierigkeiten an meinem Arbeitsplatz gehabt habe, an meinem damaligen. Das sind Probleme gewesen mit meiner Chefin. Diese Chefin ist so ein Typ gewesen wie meine Mutter und ich habe das Gefühl gehabt, so jetzt muss ich das ein bisschen näher anschauen. Und ich habe kündigen wollen und einfach so als Unterstützung habe ich das wollen. Ich habe gemerkt, das hat etwas mit mir zu tun und darum wollte ich es genauer anschauen.“

Frau 8 hatte durch die Vermittlungsstelle die Telefonnummer bekommen:

„Also ich kam durch die Vermittlungsstelle und die habe ich damals von der X (psychiatrischen Klinik) bekommen. Und die Vermittlungsstelle hat mir die Nummer der Frauenstelle gegeben, weil ich nur zu einer Frau gehen wollte.“

Frau 17 hatte mit einem Arbeitskollegen Probleme und reagierte darauf mit einer Motivationshemmung:

„Das ist etwas vor drei Jahren gewesen und dort habe ich ziemlich Probleme gehabt mit meinem Arbeitskollegen. (...) Also eigentlich Sachen, die schon vorher da gewesen sind, die sich aber total verstärkt haben. Und das hat dann sehr auf die Motivation geschlagen, vor allem im Arbeitsbereich, wo ich dann nicht mehr motiviert gewesen bin, weil ich das Gefühl gehabt habe, vieles wird abgelehnt, das was ich möchte, so das spontane Schaffen wird eigentlich abgeklemt und ich habe mich dann nicht mehr getraut, also keine Lust mehr gehabt, ich bin immer aufgelaufen damit.“

Frau 19 hatte bereits Therapieerfahrung und fand es ganz selbstverständlich, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen:

„Also jetzt zu Ihnen? In diese Therapie, wo ich jetzt bin. Es ist halt schon so, dass ich Therapieerfahrung gehabt habe und gewusst habe, dass mir das gut tut. Und dass es für mich wie das Naheliegendste gewesen zum mir helfen zu lassen.“

Auch Frau 23 berichtete pragmatisch und sachlich:

„Also eben. Einerseits habe ich schon aus eigenem Leiden heraus eine Analyse wollen und andererseits wollte ich einfach eine Lehranalyse haben. Also ich habe dem PSZ telefoniert und suchte eine Lehranalytikerin in Winterthur und da haben sie mir Adressen gegeben und so habe ich dann Frau X angerufen und so bin ich mal hierher gekommen und dann hab ich hier angefangen.“

Frau 28 hatte im Telefonbuch nachgesehen:

„Ja das ist eigentlich mehr oder weniger auch Zufall gewesen, weil ich das Telefonbuch aufgemacht habe und einfach geschaut habe, was gäbe es hier, und da ist

mir einfach die Frauenstelle ins Auge gefallen und darum habe ich hier angeläutet.“

Auch Frau 29 hatte Probleme und sah im Telefonbuch nach:

„Ja. Ich habe Probleme gehabt und ich habe gedacht, es muss etwas passieren und da habe ich das Telefon in die Hand genommen und jemandem angeläutet. Ja.“

Kategorie 3: Zugang durch Leidensdruck

Frau 7 erwähnte nicht nur den Leidensdruck, sondern fügte auch ihr „Nicht-mehr-wollen“ als wichtiges Motiv an:

Frau 7: „Mhm. Also phuuu. Es ist so gewesen, dass ich schon längere Zeit das Gefühl gehabt habe also das kann ja eigentlich so nicht das Leben sein. Das kann es nicht sein. Es ist einfach ... nein das kann es nicht sein. Ich habe mich irgendwo auch blockiert gefühlt und ich habe dann noch, ja das war noch in dieser Zeit als ich eine Ausbildung gemacht habe für (...) und dort haben wir recht viel so Eigen-erfahrungssachen gemacht. Und dann sind auch Sachen heraufgekommen, die mit meiner Geschichte zu tun gehabt haben und dann so dieses „das kann es nicht sein“ zusammen mit dem hat dann dazu geführt, dass ich dachte ich muss Hilfe haben. Ich kann nicht mehr, aber auch ich will nicht mehr. Weil ich so nicht mehr wollte. So will ich nicht mehr. Genau. So war das.“

Frau 10 fühlte sich sehr aggressiv und setzt dies mit ihrer Kindheit in Zusammenhang:

„Ich bin dahingekommen, weil ich misshandelt worden bin (weint), weil ich einfach gemerkt habe, dass ich selber nicht weiterkomme, dass ich an einen Punkt gelangt bin, wo ich gesagt habe, so kann es einfach nicht weitergehen, weil ich einfach sehr aggressiv gewesen bin und ab und zu wirklich auch mich mit Selbst-mordgedanken mich befasst habe. Ja und dann habe ich Adressen herausgesucht und hier habe ich eigentlich den schnellsten Termin gehabt auch und ... ich bin auch mit der Einführung sehr zufrieden gewesen und ich habe dann gedacht, hier fange ich an und schaue dann mal, wie sich das entwickelt und ob man sich versteht. Ich fühle mich halt total wohl ... ich komme gern.“

Frau 13 war nicht glücklich, hatte schon Therapieerfahrung und empfand es das zweite Mal leichter, Psychotherapie aufzunehmen:

„Ja. Es ist so, ich habe in (...) schon mal eine Therapie gemacht. Und ähm, also dort hatte ich eigentlich schon angefangen und vielleicht wie ich dazu kam, wie ich mich dazu entschlossen hatte. Als ... ja wie kam das eigentlich. Ich hatte schon öfter den Gedanken gehabt so irgendwie Hilfe oder ... also zu dem Zeitpunkt wars so, dass ich ähm, dass ich dachte, ich möchte meine Lebenssituation verbessern, ich möchte das nicht mehr, immer so in ein Loch fallen und ähm ja ich möchte einfach raus da kommen, weil ich irgendwie Positives auch erlebt hatte und dann dachte ich so, jetzt geh ich's an. Eigentlich eher so das Positive, das auf mich zukam, da dacht ich so, ich will das andere jetzt auch nicht mehr. Ich will jetzt halt, dass es mir rundum besser geht und dass ich nicht immer dieses Handicap habe, und dass ich das so angehe, weil ich gedacht habe, so werde ich nicht glücklich und jetzt will ich wirklich was machen, ich werde immer älter und es wird nur schlimmer dann.“

Frau 20 ging es sehr schlecht:

„Ja. Also eben mir ist es sehr schlecht gegangen wegen dieser Enttäuschung, die ich gehabt habe. Ich habe in diesem Moment einfach nicht mehr rausgesehen und ja ich bin sehr traurig gewesen und habe keine Lebensfreude mehr gehabt.“

Als Frau 22 auf der Strasse laut zu reden begann, merkte sie erst ihre eigene Hilfsbedürftigkeit:

„Ah. Also das ist so gewesen, dass ich da in einem unendlichen Puff gewesen bin und zwar habe ich zuerst immer das Problem bei meinem Mann gesehen. (...). Ich habe das Gefühl gehabt, ihm geht's so schlecht und irgendeinmal habe ich realisiert, jetzt ist mein Gleichgewicht gekippt. Also ich habe dann angefangen zum Teil laut zu reden mitten auf der Strasse, da ist es mir einmal passiert und da habe ich dann gefunden jetzt muss ich etwas machen. Jetzt kann ich nicht bei meinem Mann suchen, dass er etwas ändert, jetzt muss ich für mich selber schauen. Also das ist es gewesen.“

Frau 27 war kräftemässig an ihre Grenzen gekommen und brauchte Psychotherapie:

„Ich bin kräftemässig total an meine Grenzen gestossen und ich habe wirklich gemerkt, jetzt bin ich am Limit. Und dann bin ich zuerst zum normalen Arzt gegangen und habe eigentlich gewollt, dass er mich krank schreibt, dass er mich mal freistellt also auch von zuhause, von der Familie, weil ich habe das irgendwie fast nicht mehr ausgehalten und dann hat er aber gesagt, es täte ihm leid, aber pathologisch liege nichts vor, er könne mich nicht krank schreiben, aber er würde mir empfehlen, Psychotherapie zu machen, also er hat mir dann eigentlich dazumal drei Adressen von Psychiatern gegeben und ich habe dann eine Freundin, ich weiss nicht, ob Sie sie auch kennen, (...), die habe ich gefragt ob sie die kenne und sie hat mir dann dieses Büchlein gegeben, wo Sie wahrscheinlich auch drin sind und dann bin ich so zur Frau X gekommen. Mhm.“

A.3.2 Wahrnehmung des seelischen Problems

A.3.2.1 Zeitpunkt der Wahrnehmung des seelischen Problems

Kategorie 1: Moment, konkretes Bild

Frau 2 hatte den Anstoss von ihrem Freund bekommen, aber innerlich schon lange daran gedacht:

„Das was ich im Kopf ist einfach, dass mein Freund gefunden hat, ich soll jetzt mal was machen und eben, es ist auf fruchtbaren Boden gefallen und ich habe auch Zeit gehabt zum ... (...) Ich habe dann gefunden: gut. Okay. Jetzt organisiere ich das und dann, das ist vielleicht schon eine Woche oder zwei gegangen, wo ich so gefragt habe, wo könnte ich mich überhaupt melden und so.“

Frau 3 sah einen Wegweiser als Bild für die Situation:

„Ja. Es ist eben vor allem dieses Bild gewesen mit dem Wegweiser (...) dass ich mich wahnsinnig im Kreis drehe und und und immer wieder das Gleiche studiere und zum Teil schon seit Jahren und einfach nicht weiterkomme und darum einfach dieses Bild von diesem Wegweiser, das hat mir dann extrem eingeleuchtet.“

Frau 6 hatte sich bei Frage 4.2 an den Moment in den Ferien erinnert:

„Also ich weiss noch, wir sind irgendwie in den Ferien gewesen (...) in den Bergen und irgendwie habe ich dort wieder so mit diesen Ängsten etwas gehabt und auch das Gefühl gehabt, jetzt ist irgendwie genug und auch mit meiner Tochter, da dachte ich, jetzt muss etwas gehen.“

Frau 7 erinnerte sich an eine Szene in ihrer Wohnung:

„Also ich sehe mich einfach noch in der Wohnung, die ich damals gehabt habe, mit diesem Partner, den ich damals gehabt habe. Ich dachte, ich trenne mich von diesem Partner und gleichzeitig, ich will Hilfe von aussen. Aber, ich sehe das in der Wohnung.“

Frau 12 erinnerte sich an den Moment, in dem sie gewusst hatte, was sie wollte:

„Ja. Und dann bin ich dort gewesen und habe einfach nichts anderes gewünscht als grad in einen tiefen komatösen Schlaf zu fallen. Und es ist einfach nicht gegangen, mein Puls ist hinauf und ich habe Herzrasen bekommen und ich habe mich nicht mehr beruhigen können und ich habe gesagt, hey jetzt ist fertig, jetzt musst du in diese Therapie, die du schon so lange hinausschiebst. Jetzt musst du dich klemmen und anfangen.“

Ja. Ich habe immer das Gefühl gehabt, ich habe doch noch genug Kraft und es ist auch noch ein anderer Grund gewesen, ich habe das Gefühl gehabt, ich sei genug intelligent und kann genug auch in die Psyche des Menschen hineinschauen und kann Sachen auch verstehen und damit umgehen aber eben, das ist dann nicht so, habe ich unterdessen herausgefunden.“

In einem Gespräch merkte Frau 17, dass sie sich helfen lassen wollte:

„Also ich glaube, das ist während einem Gespräch mit diesem Lehrerkollegen gewesen. (...) Und dort, also ich bin auch apathisch gewesen, so völlig gedämpft, völlig ... ich habe so ... ja ich mag mich noch erinnern so an eines von diesen Gesprächen und nachdem, so zwei drei Wochen später dann, in diesem Raum, habe ich dann hier angeläutet.“

Frau 18 war überfordert und merkte es am Morgen am besten:

„Also ich bin sicher allein gewesen, das weiss ich. Und ... ja ich weiss nicht mehr ... es war wohl eher am Morgen, als ich aufgestanden bin und ich wusste, jetzt ist der ganze Berg wieder vor mir und es geht wieder so lang, bis ich wieder ins Bett gehen kann am Abend. (...) Es war einfach diese Gewissheit da, jetzt muss etwas gehen. Jetzt muss ich Hilfe haben und jetzt muss ich diese Telefone machen. Das ist schon plötzlich gekommen. Das war dann ganz klar. () Ja. Ich habe sicher diese Überforderungssituation mit meinem Sohn und auch die Erschöpfung...also wirklich totale Erschöpfung nach nächtelangem Wachsein und dann auch die Schwierigkeit mit der Beziehung, die dazugekommen ist und dann meine Unzufriedenheit mit der Rolle als Mutter, ja ... es ist einfach sehr viel dazugekommen dann.“ “

Frau 19 erinnerte sich, was ihr Freund ihr gesagt hat:

„Ähm das ist auch, kommt mir jetzt in den Sinn, eigentlich sehr fest mit meinem Partner in Zusammenhang gewesen. Er hat gesagt, jetzt musst du etwas machen, jetzt gehst du halt wieder in Therapie, weil ich einfach so wahnsinnig traurig gewesen bin und durcheinander.“

Frau 20 litt fest nach einer Trennung und merkte sofort, dass sie zum Arzt gehen musste:

„Es ist eigentlich schon grad, wo ich gewusst habe, das ist jetzt nichts mit dieser Beziehung, dass ich traurig gewesen bin und dass es mir schlecht gegangen ist. (...) Ja, das ist dann etwa eine Woche gegangen, bis ich dann zum Arzt bin.“

Jemand sprach Frau 21 auf Magersucht an:

„Also das erste Mal ist es mir richtig bewusst geworden, wo mir jemand gesagt hat, also wo mich jemand gefragt hat, ob ich magersüchtig sei. Und an diesem Abend ist es mir auch total schlecht gegangen und dort habe ich auch wie die Freude am Leben verloren und da habe ich gewusst, dass ich etwas machen muss, bevor es denn zu spät ist.“

Bei Frau 22 passierte alles blitzschnell:

„Ich bin da auch in einem völligen Zeugs gewesen und habe wirklich so ganz kurz habe ich realisiert was los ist und habe dann sofort gehandelt.“

Frau 23 wollte auch zur Ausbildung eine Analyse haben:

„Einerseits habe ich schon aus eigenem Leiden heraus eine Analyse wollen und andererseits wollte ich einfach eine Lehranalyse haben.“

Frau 24 war es ganz klar, dass sie Hilfe brauchte:

„In dem Moment, wo ich dann mich entschlossen habe, Hilfe zu suchen und Ihnen telefoniert habe, da habe ich gedacht, so will ich auch nicht sein und darum kann es auch nicht sein, dass ich so bin und darum ist es klar gewesen, dass ich Hilfe brauche.“

Frau 25 konnte nicht mehr in die Zukunft schauen:

„Das ist einmal so ein Punkt gewesen, wo ich gedacht habe, da komme ich überhaupt nicht vorwärts und dann zuhause habe ich dann wirklich gefunden, ich schaffe das ja morgen nicht und übermorgen auch nicht. Das ist dann wie auch so das Pünktchen auf dem i gewesen, wie das Fass, das überlaufen ist dort. So ein Kulminationspunkt ist das gewesen.“

Frau 27 war es einfach schlecht gegangen:

„Und diesmal hier ist es wirklich so gewesen, dass es mir tatsächlich schlecht gegangen ist.“

Kategorie 2: Längere Zeitspanne: Kat 2a: schleichende Wahrnehmung

Frau 1 verglich mit dem Bild des Verblutens und schildert die schleichende Wahrnehmung. Sie hat erst in einem längeren Zeitraum wahrgenommen, an welche Wünsche ihre Operation rührte:

„Ah. Ich denke, das ist wie eine Wunde, die einfach so fest blutet, wo man merkt, wenn man jetzt nicht zum Arzt geht, dann verblutet man! (...) Das ist mir erst langsam nachher (nach Operation) eingefahren. (...) Dann ist das irgendwie so hineingesunken und dann ist es erst klar geworden: jetzt werde ich nie nie nie mehr in meinem Leben Kinder haben. (...) Ja. Aber ich kann nicht sagen, es ist am 7. August oder so gewesen, und dann ist es mir klar geworden. Ich denke es ist mir immer schon klar gewesen, aber so die Grossheit dieser Sache ist mir langsam bewusst worden.“

Frau 8 merkte, dass es ihr nicht gut ging:

„Ich habe gemerkt, ich komme allein nicht mehr klar. Ich brauche Psychotherapie. Meine Behandlung ist noch nicht abgeschlossen. Und das habe ich natürlich auch gemerkt, indem dass es mir wieder schlecht gegangen ist, dass ich meine Abstürze und alles wieder gehabt habe. Und mir hat auch eine Person gefehlt, wo ich mein Zeugs abladen kann, loswerden kann, drüber reden kann, wo ich sonst mit niemandem so reden kann. Das hat mir gefehlt. (...)“

Es ist eigentlich über längere Zeit gewesen, wo ich gedacht habe, jetzt bräuchte ich wieder jemand. Und dann weiss ich aber noch, bis es dazu gekommen ist, dass ich wirklich gedacht habe: jetzt läutest du wieder an ... ich habe in paar Mal telefonieren müssen, ich habe sicher drei vier Mal diese Runden gemacht und durchtelefoniert. Dann habe ich Nachrichten hinterlassen auf dem Band und Nachrichten hinterlassen und dann ist es wieder eine Weile gegangen, bis alle durch gewesen sind und niemand frei gewesen ist und dann hat es wieder von vorne begonnen. Dann habe ich wieder ein bisschen gewartet und dann habe ich wieder einen Schub gehabt. Etwa drei so Anläufe habe ich gehabt. “

Frau 26 fühlte sich sehr schlecht:

„Ich wusste nämlich schon, was ich alles nicht kann. Was kann ich denn überhaupt, ich bin in ein totales Loch gefallen und das wollte ich mit Hilfe angehen. Das war eine längere diffuse Zeit.“

Kategorie 2: Längere Zeitspanne: Kat 2b: am Ende der Kräfte sein

Frau 4 betonte die Erschöpfung:

„Es ist noch schwierig, so einen Moment zu nennen. Aber ich weiss einfach das Gefühl, das ich gehabt habe damals. Dieses Gefühl irgendwie am Ende meiner Kräfte zu sein auch.“

Im Gegensatz zu Frau 12, die ebenfalls somatische Probleme hatte (Herzrasen), beschrieb Frau 11 ihre schleichende Gewissheit, dass es besser werden musste:

„Einen richtigen Moment finde ich jetzt nicht. Ich glaube das ist ein Zustand gewesen, wo ich wieder, wo wieder gekommen ist von diesem Magendruck oder wie man dem sagen will, wo dann einfach mit der Zeit ... wo ich gefunden habe, das kann doch kein Dauerzustand sein, das muss doch einmal besser werden.“

Frau 10 bezieht sich auf ihr Gefühl:

„Ich weiss nicht warum. Mein Gefühl hat einfach gesagt, jetzt gehst du mal, du musst was machen, es stimmt etwas einfach nicht.“

Frau 28 wusste, dass sie nicht mehr arbeiten konnte:

„Also ich habe einfach gewusst, wenn ich das nicht anpacke, kann ich einfach nicht mehr schaffen.“

Kategorie 2: Längere Zeitspanne: Kat 2c: Unterstützung suchen

Neben Frau 13 betonte Frau 5 die Suche nach Unterstützung:

„Das weiss ich nicht mehr, das ist schon so lange her, das ist etwa 15 Jahre her. (...) Ich weiss nur noch, dass ich das Telefonbuch aufgeschlagen habe und jemanden suchte, der mit Frauen schaffte.“

A.3.2.2 Vertraute, Hausärzte bei der Wahrnehmung des seelischen Problems

Kategorie 1: Mit Vertrauten, ohne Hausarzt, ohne Fachperson

Frau 2 konnte leicht mit anderen Frauen reden, sie würde sich nicht schämen, den Hausarzt zog sie gar nicht in Betracht:

„Also es hat immer wieder mal Frauen gehabt im Bekanntenkreis, die eine Therapie angefangen oder gemacht haben also das ist auch für mich nicht etwas gewesen, wo man sich schämen müsste, dass man psycho wäre oder so, das ist eher eine Bereicherung so.“

Auch Frau 7 spürte die Grenzen der Gespräche mit der Freundin und der Schwester:

„Also ich habe ... äh sicher eine Freundin, mit der ich das schon besprechen konnte und gleichzeitig auch gemerkt, dass ... also sie versucht das zu verstehen, aber rausholen daraus hat mich das nicht können. Und sonst, ja mit meiner Schwester habe ich damals auch geredet. Ich denke wir haben, weil wir ja aus der gleichen Familie sind, schon auch noch viel austauschen können. So ähnliche Gefühle haben wir gehabt und mit allen anderen habe ich das Gefühl - auch wenn ich darüber geredet habe, ich habe es wahrscheinlich auch so gesagt, dass es nicht ankommen konnte.“

Mit dem Hausarzt hatte Frau 7 nicht gesprochen:

„Nein. Ich habe dort sehr viel allein mit mir herumgetragen. Ich bin gar nicht auf die Idee gekommen, dass man damit auch hinausgehen könnte.“

Frau 8 redete zwar nicht mit dem Hausarzt, sonst aber mit allen darüber:

„Ich habe einfach mit der Freundin geredet, also eigentlich mit allen, mit der Familie, mit Kollegen, eigentlich mit allen.“

Frau 9 redete mit niemandem ausser mit ihrer Freundin, die sie bestärkte, einer Psychotherapeutin zu telefonieren. Mit ihren Eltern hat sie nicht geredet:

„Nein. Ich habe nach diesem Telefon angeläutet und eben wir haben einen Betrieb im Dorf und wenn das ausgekommen wäre, ja die Tochter will sich da beraten lassen! Ja. Ich habe es auch meinen Eltern nicht gesagt, weil dann kommt doch grad: Hach wir haben versagt! Und das wollte ich meinen Eltern auch nicht antun.“

Nachdem sich Frau 10 von ihrem Freund verstanden fühlte, entschloss sie sich für eine Psychotherapie:

„Es hat niemand gewusst, was früher passiert ist, nicht einmal meine beste Freundin hat das gewusst. Ich habe mich eigentlich allein damit beschäftigt, ausser mein Freund, wo ich ihn dann mal ein wenig besser kennengelernt habe, habe ich ihm gesagt, eben dass ich misshandelt worden bin und dass ich einfach finde, es ist Zeit oder irgendwann in meinem Leben muss ich mal eine Therapie machen, es ist einfach notwendig und er hat das gut gefunden und daraufhin ist es dann schnell gegangen. Und so die Reaktion im Nachhinein ist, das höre ich von ihm, es ist gut gewesen, dass ich das gemacht habe, man merkt, dass es mir gut getan hat, oder gut tut.“

Den Hausarzt nahm Frau 10 erst später wegen Krankenkassenfragen in Anspruch und fühlte sich nicht verstanden:

„Ich denke mir oft, dass die Leute das zu locker nehmen. Ich merke das auch jetzt, wenn ich mit Leuten rede und ich sage, ich habe wirklich eine schlimme Kindheit gehabt und dann sagen die, ja bei mir ist es auch nicht lustig gewesen. Und dann denke ich immer, ja auf ein grösseres Detail gehe ich nicht ein, weil dann haben sie es nicht begriffen, wenn sie so reagieren. Auch als ich die Bestätigung für die Krankenkasse holen musste, wie dieser Arzt reagiert hat, ja nach zwei Jahren müsste es ja schon wieder gut sein. Ich merke einfach, die Leute begreifen es nicht, man muss es erlebt hat. Zum Beispiel ich denke, wenn jemand vergewaltigt wird oder irgendetwas, man sagt schon, es ist schlimm, aber man muss es erlebt haben, damit man sagen kann, wie ist das und was ist das und so. Ich meine ich bin auch nicht vergewaltigt worden, aber ich kann mich dreinfühlen, weil ich auch Gewalt erlebt habe.“

Frau 13 war es unangenehm, darüber zu reden:

„Mit der Mutter und dann eben auch mit meinem Mann und dann so zwei Freundinnen, aber nicht so tief eigentlich, weil es mir immer sehr unangenehm war eben.“

Mit der Hausärztin wollte sie nicht reden:

„Nee, das wollt ich irgendwie nicht. Ich dachte, die wissen auch nicht weiter und ich hab dann später mal, als es dann verlängert werden sollte diese Stundezahl, da hab ich das von der Ärztin bewilligen lassen müssen und die hat unheimlich schlecht drauf reagiert. Die wollte davon überhaupt nichts hören irgendwie, obwohl die mich schon Jahre kannte, von klein auf eigentlich. Die sagte dann das müsse dann wirklich begrenzt bleiben und hat also wirklich ganz schlecht drauf reagiert. Ich dachte, gut, dass ich's vorher nicht gemacht hab.“

Frau 15 redete mit den Konfliktbetroffenen nicht, hatte jedoch eine Freundin als Unterstützung:

„Ganz beschränkt, ich habe eigentlich nur mit der Freundin geredet und sonst in der WG ist es gar nicht ein Thema gewesen, es tönt ein wenig speziell, aber wir haben nicht darüber geredet. Wir haben nicht darüber geredet, wo wir da drinstecken, wir haben es ja lange auch verheimlicht. Es ist kein offenes Thema gewesen.“

Eine ganz kurze Episode habe ich mit einer Arbeitskollegin geredet, die hat auch grad sich verliebt und steckte so in einem Zeugs drin, aber. Und die Freundin hat

mir das nicht geraten, die ist ja selber Psychotherapeutin und ist schon lange in Psychotherapien verhängt, die geht schon lange in Analyse, aber die wartet, bis ich komme, dann sagt sie das fände sie gut, aber die ratet das nicht.“

Auch Frau 15 suchte den Weg ohne Fachperson:

„Also es ist dann diesen Weg gelaufen, dass ich gesagt habe, ich mach das noch wegen den Adressen und ich gehe noch zum Hausarzt wegen der Versicherung, aber dieser Weg käme mir nicht in den Sinn, das ist nicht etwas, was ich machen würde, da weiss ich mir genug gut zu helfen, ich muss da nicht so eine Zwischenstelle einschalten.“

Frau 17 redete mit einem guten Freund, erwähnt jedoch keine unterstützenden Gespräche, die geholfen hätten:

„Ja: ein sehr guter Kollege oder ein sehr guter Freund, mit dem konnte ich reden. Und mit einer guten Freundin, mit Verwandten eher nicht, Arbeitskollegen habe ich keine guten gehabt in diesem Umfeld dort. Ich habe vielleicht schon mit meiner Schwester oder mit meiner Mutter ein wenig ... aber dort bin ich eher auf Ablehnung gestossen.“

Einen Hausarzt suchte Frau 17 nicht auf:

„Nein. Ich weiss nicht ... ich habe glaub ich im Telefonbuch nachgeschaut und habe dann die Frauenberatung genommen, oder ob mir jemand den Vorschlag gemacht hat? Nein ich glaube nicht, weil der Arbeitskollege hat mir jemand vorgeschlagen, aber diesen Doktor habe ich gekannt und das wollte ich dann nicht. Ich habe selber im Telefonbuch nachgeschaut und mir ist es auch wichtig gewesen, zu einer Frau zu gehen.“

Frau 18 wurde von der besten Freundin unterstützt, in ihrem Interview war ganz klar, dass sie sich gerade an eine psychotherapeutische Fachperson wenden würde, daher wurde die Frage nach dem Hausarzt nur kurz verneint:

„Ja, ich habe mit meiner besten Freundin geredet. Sie hat mir aber auch angeraten, Hilfe zu suchen. Sie hat gesagt, sie fände es besser, wenn ich professionelle Hilfe in Anspruch nehmen würde. Ja.“

Frau 19 redete mit der Mutter, empfand dies jedoch nicht als sinnvoll:

„Ja. Ich habe das auch mit meiner Mutter besprochen. Aber das hat irgendwie nichts gebracht, aber ich habe auch mit ihr besprochen, was ich machen soll.“

Sie führte versicherungstechnische Gründe für ihren Arztbesuch an:

„Nein. Also ich habe das dann einfach im Nachhinein machen müssen wegen der Kasse, weil ich ja im Hausarztmodell bin. Aber vorher nicht, nein. Also da habe ich auch nie das Gefühl gehabt, dass da mir der Hausarzt helfen könnte.“

Frau 22 konnte mit ihrer Freundin reden, nachdem diese keine Zeit mehr hatte, kam sie zur Psychotherapie:

„Ich habe bis im Oktober mit der Freundin reden können, dann ist ihre Tochter geboren worden und sie hatte nicht mehr so viel Zeit und das hat mir sehr gefehlt und Mitte November bin ich dann zum ersten Mal bei Ihnen gewesen.“

Den Hausarzt brauchte Frau 22, damit die Zusatzversicherung der Krankenkasse einen Teil der Therapie bezahlt:

„Ja. Aber ich wollte einfach die Bewilligung für die Therapie, also ich habe nicht mit ihm reden wollen in dem Sinn.“

Frau 23 sprach die Scham an:

„Ich habe mich sehr geschämt und wenn es so ist dann verschliesse ich mich dann sehr und habe eigentlich nicht darüber geredet. Höchstens so mit Kolleginnen und Kollegen, die das auch kannten, so mit denen habe ich darüber geredet. Das sind dann solche gewesen, die gut über ihre Ängste reden konnten, die haben dann gesagt, ich sterbe fast heute Nacht, wenn ich da allein Dienst mache und so, und da habe ich dann gemerkt ah da hat es noch jemand anders, der das auch kennt solche Ängste oder auch jemand, der auch Prüfungsangst gehabt hat und so.“

Sie ging nicht zum Hausarzt:

„Ich war sonst nie krank, also daher brauche ich gar keinen Hausarzt oder so.“

Frau 24 redete nur mit ihrer Schwester (siehe 1.1), und später mit der Mutter:

„Dass ich Hilfe bräuchte, nein. Ich habe dann später mit meiner Mutter geredet.“

Frau 24 fühlte sich bei ihrer Ärztin nicht wohl und erzählte deshalb bei ihr nichts, auf dies hin hat sie sich einen neuen Arzt gesucht, zu dem sie Vertrauen haben konnte:

„Nein. Weil ich keine vertraute Person gehabt habe, der ich das erzählen hätte können und das ist ja nur mich etwas angegangen. Ich hätte niemand gebraucht, der mich da bestärkt hätte, es ist mir ja gleich, was passiert ist auch mit der Ärztin, ich habe das nicht für richtig gehalten. (...) Aber zum heutigen Arzt habe ich schon Vertrauen, weil ich mehr Selbstvertrauen habe und er hat das auch nur bestärkt. Ich musste es ihm ja wegen der Krankenkasse eh sagen, aber eben er hat das nur bestärkt und das gibt mir auch ein gutes Gefühl und darum hab ich auch keine Hemmungen, ihm zu sagen, dass wir miteinander reden. Also wie sich das ganze entwickelt hat und so, das wollte er schon wissen und das denke ich ist auch in Ordnung so. Weil er ja jetzt mein Hausarzt ist, von dem her...er schenkt mir auch das Vertrauen, so dass ich ihm das sagen kann.“

Frau 26 redete mit Freunden und gerade nicht mit ihrer Familie:

„Mit ein paar guten Freunden. Mit wenigen. Die Verwandten waren ja grosser Teil des Problems.“

Mit der Hausärztin hat Frau 26 wegen den Krankenkassenfragen geredet:

„Meine Hausärztin hat mir nicht weiterhelfen können. Zu ihr bin ich nur gegangen wegen der Krankenkasse, quasi dass ich die Erlaubnis hatte, dass ein Teil übernommen wird. Ja und dann bin ich zur Hausärztin gegangen und die hat mir nicht weiterhelfen können. Die hat gesagt, „Oh da gibt's so viele verschiedene Stellen, da müssen Sie selber schauen“, da bin ich schön dumm dagestanden. Also wirklich: in äusserster Not ...!“

Frau 28 konnte wie Frau 2 auch mit anderen Frauen reden, die bereits Therapieerfahrung hatten:

„Vor allem mit meinem Freund eigentlich. Und mit ganz paar wenigen anderen Frauen, etwa ein zwei, wo ich aber auch gewusst habe so, dass die Therapie machen, das ist noch wichtig gewesen.“

Frau 28 war der Hausarzt als Anlaufstelle gar nicht in den Sinn gekommen:

„Nein. Weil ich habe irgendwie das Gefühl gehabt, dass das seelisch, psychisch ist. Ich habe gar nicht dran gedacht, dass das körperlich sein könnte.“

Kategorie 2: Mit Vertrauten, mit Hausarzt, ohne andere Fachperson

Frau 21 nahm wahr, dass die subjektive Wahrnehmung der Symptome nicht mit anderen geteilt werden kann:

„Ja, es ist halt eben noch schwierig gewesen. Die haben alle das Gleiche gesagt, ich sähe gut aus so und ich müsse doch nicht abnehmen und da habe ich mir gesagt, die verstehen mich eh nicht. Gut, sie haben es auch gar nicht gekonnt, von dem her.“

Frau 21 berichtete bereits in der Eingangsfrage, dass ihre Mutter sie zum Hausarzt schickte, welcher sie an eine Psychotherapeutin verwies:

„Ja genau. Also meine Mutter hat dann gesagt, sie melde mich beim Hausarzt an, ob ich einverstanden sei und dann habe ich nach einer Woche gehen können und dann habe ich das beschlossen gehabt, dass wir das so machen. Also er hat mir vorgeschlagen, eine Therapie zu machen und er hat mich unterstützt und gesagt, es sei wichtig, dass ich das mache und das sei total gut.“

Frau 27 konnte mit Freundinnen reden, wollte aber die Mutter nicht belasten:

„Ja, mit einigen Freundinnen. Sonst nicht. Ich habe jetzt nicht das Gefühl, das wäre jetzt gut, meine Mutter damit zu belasten, sonst macht sie sich nur unnötig Sorgen.“

Sie wollte bei ihrem Hausarzt ein Zeugnis zur Entlastung, wurde aber zur Psychotherapie weitergeschickt:

„Und dann bin ich zuerst zum normalen Arzt gegangen und habe eigentlich gewollt, dass er mich krank schreibt, dass er mich mal freistellt also auch von zuhause, von der Familie, weil ich habe das irgendwie fast nicht mehr ausgehalten und dann hat er aber gesagt, es täte ihm leid, aber pathologisch liege nichts vor, er könne mich nicht krank schreiben, aber er würde mir empfehlen, Psychotherapie zu machen, also er hat mir dann eigentlich dazumal drei Adressen von Psychiatern gegeben und ich habe dann eine Freundin, ich weiss nicht, ob Sie sie auch kennen, Maya von Meiss, die habe ich gefragt ob sie die kenne und sie hat mir dann dieses Büchlein gegeben, wo Sie wahrscheinlich auch drin sind und dann bin ich so zur Frau X gekommen. Mhm.“

Frau 30 redete mit der Mutter und mit Freundinnen:

„Ich habe viele Gespräche gehabt, weil es einfach ... also ich wohne noch zuhause, es ist ein bisschen eine spezielle Situation und also eben die Nächte durch diskutiert mit meiner Mutter, wieso ich jetzt wieder nicht schlafen kann. Auch mit meinen Freundinnen, Kolleginnen ähm ja eben, bis ich dann einfach schon, so nicht mehr so richtig funktioniert habe und die auch gemerkt haben, da ist etwas los.“

Frau 30 zog eine unverbindliche Ärztin vor, ihr in einer Notsituation zu helfen:

„Ich habe dann meine Hausärztin aufgesucht, weil ich wissen wollte, wie das ist mit meiner Schilddrüse, aber ich habe nicht erwähnt, dass ich jetzt hierhin komme oder von meinen Störungen geredet. Ich habe dann jemanden anders aufgesucht einmal, weil ich einmal so eine Attacke gehabt habe, während dem Schaffen, da dachte ich, ich komme jetzt nicht mehr nach Hause mit meinem Auto und da bin ich zu einer anderen Ärztin gegangen und da habe ich dann auch so ein Medi bekommen. Die hat grad unten am Arbeitsort gearbeitet und da bin ich dann einfach hingegangen.“

Kategorie 3: Mit Vertrauten, ohne Hausarzt, mit Fachpersonen

Frau 4 suchte die Hilfe im Freundeskreis, merkte aber auch die Grenzen eines freundschaftlichen Gesprächs:

„Ja...also...irgendeine Hilfe und ich habe diese Hilfe natürlich zuerst sicher im Freundeskreis gesucht. Also schon länger natürlich vorher im Gespräch, also ich habe einfach gewusst, es muss im Gespräch sein, aber besser mit einer neutralen Person - oder irgendein einfach drüber reden können, das hab ich schon im Freundeskreis können, aber nicht ähm....das ist immer sehr wertend gewesen, die haben natürlich immer meine Position bezogen und ich habe das irgendwo auch einfach von einer anderen Seite anschauen wollen, von einer neutralen Person.“

Frau 4 erinnerte sich auf die gestellte Frage, dass ihre Gynäkologin sie unterstützt hatte:

„Ja. Das stimmt eigentlich. Dort bin ich nämlich grad bei meiner Frauenärztin gewesen zum Beispiel und dort hatte ich grad auch so einen Heulanfall, als sie mich gefragt hatte, wie es mir geht und - wie denn das ist mit Beziehung und - sie hat mich schon eigentlich auch ein wenig auf die Idee gebracht – „haben Sie schon einmal an Psychotherapie gedacht?““

Frau 14 wollte ihre Familie schonen. Sie erwähnt zwar eine Freundin, berichtet jedoch nichts von entlastenden Gesprächen mit ihr, sondern betont eher ihr Alleinsein:

„Ja im Grossen und Ganzen bin ich schon allein geblieben damit. Ich habe eine Freundin gehabt und mit ihr konnte ich gut darüber reden, das schon. Aber ... ja. Mit den Eltern oder der Familie habe ich nicht geredet. Ich wollte sie nicht unnötig belasten mit solchen Sachen, weil sie haben recht gelitten, weil es mir ja schon vorher so schlecht gegangen ist. Und das habe ich einfach nicht wollen, ich wollte sie raushalten. Klar, es hat immer wieder Momente gegeben, wo es ausgebrochen ist und da hat man darüber geredet das schon. Aber ich bin nicht einfach gegangen und habe mit ihnen das Gespräch gesucht. Und später dann, als die Probleme wieder schlimmer geworden sind, da bin ich ganz klar nie zu meinen Eltern gegangen, weil sie haben mich ganz klar abgeschoben, sie haben mir gesagt von Anfang an, du musst dann ja nicht kommen, wenn du wieder Probleme hast. Also vor allem meine Schwester hat mir das gesagt und das habe ich dann also ernst genommen.“

Und Bekannte, da bin ich nicht auf Verständnis gestossen und Arbeitskollegen noch eher jetzt, da fühle ich mich wohl im Team jetzt, da rede ich eher über Probleme.“

Frau 14 fühlte sich am besten von ihrer Gynäkologin verstanden:

„Meiner Gynäkologin habe ich erzählt, also ich bin da nicht ins Detail gegangen, aber der habe ich erzählt und die hat mir ja auch Psychotherapie empfohlen. Und der Hausarzt auch, wobei das ist dann mehr gewesen, weil ich das Gefühl gehabt habe, es stimme etwas nicht mit mir, ich habe immer so Probleme gehabt mit dem Magen, mit dem Bauch, mit der Verdauung. Ich habe immer Verstopfung gehabt diese ganzen zwei Jahre und da habe ich ihn aufgesucht und ja er hat dann das Ganze abgetan und da habe ich mich gar nicht ernst genommen gefühlt und da habe ich dann den Arzt gewechselt und habe mich dort auch untersuchen lassen. Aber da bin ich gar nicht Fan gewesen, weil die haben das alles immer so abgetan. Also eigentlich logisch, weil die haben ja nichts gefunden. Aber trotzdem der Arzt hat gefunden, ja du musst halt langsamer essen und so, äh also, aber die Gynäkologin schon.“

Kategorie 5: Ohne Vertraute, ohne Hausarzt, ohne Fachpersonen

Frau 5 redete mit niemandem darüber:

„Nein. Das habe ich selber entschieden“. Für den Hausarzt „ist es zu wenig akut gewesen“.

Frau 12 konnte nicht mit anderen darüber reden:

„Weil es da dann so weit gewesen ist, dass ich gar nicht mehr lang schwatzen konnte und auch wollte mit den Leuten, es ist nicht mehr gegangen. Ich habe am Anfang eben über Probleme von der Beziehung schon geredet mit den Leuten, beim Schaffen, im Bekannten- und Verwandtschaftskreis nie. Dort habe ich nie über Probleme geredet. Beim Schaffen schon aber auch nur, weil es so offensichtlich gewesen ist.“

Mit dem Hausarzt redete Frau 12 nicht:

„Nein. Gar nicht, da habe ich die schöne Welt vorgemacht.“

Kategorie 7: Ohne Vertraute, ohne Hausarzt, mit Fachpersonen

Frau 16 konnte zwar inhaltlich über Probleme reden, mit ihrer eigenen Befindlichkeit blieb sie allein:

„Also mit der Wahrnehmung, dass etwas nicht stimmt? Also was die Sache selber anbelangt, so das sachliche Anschauen, jetzt im Betrieb, das ist sicher mit Kollegen möglich gewesen. Da habe ich auch Hilfe gehabt von verschiedenen Seiten äh aber ich glaube nicht, dass in dem Sinn irgendjemand um mich herum realisiert hat, dass, ja, wie stark eigentlich das Leiden ist. Natürlich haben alle gewusst, ja diese (...) ist schwierig und es gibt Probleme, aber ich denke nicht, dass ich mich geäußert habe, wie stark das Leiden wirklich ist. Also auch meinem Mann gegenüber übrigens nicht denke ich. So dass ich das dort auch einfach wieder episodenhaft erzählt habe, aber wie nicht so nach aussen gegangen bin und gesagt habe, ja aber das hat mich jetzt wirklich mögen oder so auch wenn das jetzt nicht so hart tönt... das glaube ich nicht. Vielleicht hat er es gespürt, dass mehr Leiden herum

ist, als dass ich es eigentlich sage, aber geäußert in dem Sinn habe ich das nicht wirklich.“

Auch mit ihrem Hausarzt hatte Frau 16 diesbezüglich nicht geredet:

„Ja. Also ich glaube nicht, dass da psychosomatisch etwas da gewesen ist. Gut, man könnte sagen, die Erkältungen, wo ich dann die Stimme verloren habe. Ja, das habe ich jetzt schon lange nicht mehr gehabt. Bei solchen Sachen habe ich dann natürlich schon den Arzt aufgesucht, aber nicht aus dem Leidensdruck heraus, dass da etwas schief läuft.“

Frau 16 hatte jedoch während ihrer Ausbildung bereits einmal die Empfehlung einer Kollegin zur Psychotherapie bekommen, sie hat darauf vorerst jedoch nicht gehandelt:

„Und dann ist es wieder relativ lange weg vom Tisch gewesen, bis dann eben zu dieser Supervision (...), wo es nicht so gelaufen ist und dort ist es dann wieder gekommen, am Schluss, so in der zweitletzten Besprechung, wo wir gehabt haben, wo sie persönlich sich geäußert hat, sie hätte das Gefühl, da wären Sachen herum, die man tiefenpsychologisch anschauen müsste und ich hätte das eigentlich gerne mit ihr gemacht, aber sie hat keine tiefenpsychologische Ausbildung gehabt und hat das von dem her nicht machen können. (...) Sie hat mir dann ganz konkret einen Psychiater da in Winterthur empfohlen, hat mir aber dort schon gesagt, der sei relativ gut ausgebucht, also vielleicht könne der mir weiterhelfen. Das ist dann aber trotzdem..., irgendwie also ich bin nicht nach Hause gegangen und habe dem telefoniert. Das hat dann doch noch einen Prozess gebraucht, bis ich, ja wann war das, so kurz vor den Sommerferien, was war das Oktober, November, bis ich dann ihm zuerst und dann Ihnen hier angeläutet habe.“

A.3.2.3 Äussere Beeinflussung bei der Wahrnehmung des seelischen Problems

Kategorie 1: Gut informiert, mit Ausbildung, mit Therapieerfahrung

Frau 11 war durch ihr Studium informiert:

„Ja. Vom (...) Studium her schon, das ist eindeutig. Ja. Das war schon hilfreich für mich.“

Kategorie 2: Gut informiert, ohne Ausbildung, ohne Therapieerfahrung

Frau 4 hatte was gelesen und mit Freunden darüber geredet:

„Ja, wie gesagt, ich habe mit Freunden drüber geredet, die das auch schon in Anspruch genommen haben. Ich habe schon darüber gewusst. Ja und ich hab schon drüber gelesen und auch mal was drüber im TV gesehen.“

Frau 15 fühlte sich gut informiert:

„Ja, da bin ich informiert gewesen. Ich kenne nicht so viele Richtungen, es gibt ja ganz viele Richtungen, aber da kann ich mich gut informieren.“

Frau 20 hörte von ihrer Kollegin und von ihrer Tochter:

„Ich habe eine Kollegin gehabt, die auch einmal eine Gesprächstherapie gemacht hat, wo sie gesagt hat, das tut ihr gut. Und meine Tochter ist ja auch gewesen, sie hat das ja damals nach diesem Überfall gemacht. Ja. Und sie hat dann das Gefühl gehabt, ich hätte ihr das ja damals auch bezahlt, sie hat vielleicht gemeint, ich wolle das nicht wegen den Kosten. Und jetzt soll ich auch mal etwas für mich tun.“

Kategorie 3: Gut informiert, mit Ausbildung, ohne Therapieerfahrung

Frau 1 hatte in der Ausbildung Kenntnisse erworben und Bücher gelesen:

„Also ich habe Kindergärtnerin gelernt und da hat man ja auch so Psychologie, aber ich bin nie gut gewesen, (lacht) also ich habe immer so dreieinhalb gehabt. Also ich habe schon das Problem erkannt, aber wie das dann geheissen hat nach dem Herrn Spitz oder weiss nicht wie die alle heissen so, das hab ich dann immer vergessen. Also ich habe sicher Vorkenntnisse gehabt und das hat mich immer interessiert, also ich finde Psychologie etwas Spannendes, wie Leute reagieren und so ... also ich finde Menschen sind spannend und die bestehen ja viel aus so Konflikten. Und ich habe auch Bücher gelesen. So „Frauen, die zu fest lieben“ und so, das hab ich dann auch gekauft und gelesen! (...)Es ist einfach so unerträglich gewesen. Ich kann nicht sagen, ich habe ein Buch gelesen und gedacht, das ist jetzt die Lösung. Aber ich habe gewusst, so kann es nicht weitergehen. Ich kann Ihnen nicht genau sagen, was es genau gewesen ist.“

Frau 7 sah die Ausbildung als Auslöser zur Psychotherapieaufnahme:

„Ja. Also ich muss sagen, ich habe dann gar nicht das Gefühl gehabt, ich sei jetzt wahnsinnig gesund. Das habe ich nie gehabt. Ahja das ist die Krankheit sowieso und das haben alle anderen, das habe ich gar nicht gehabt. Aber ich denke, wirklich zu checken, was ich habe, da ist schon die Ausbildung der Auslöser gewesen.“

Frau 21 hörte in der Ausbildung und im Fernsehen davon:

„Ja in der Ausbildung schon ja. Und über die Essstörungen habe ich auch im Fernsehen so Berichte gesehen ja.“

Kategorie 4: Gut informiert, ohne Ausbildung, ohne Therapieerfahrung

Frau 8 hatte bereits Therapieerfahrung:

„Ja schon. Aus Eigenerfahrung. Also sicher habe ich das gekannt. Zum Beispiel Schizophrenie, das sieht man ja auch in Filmen im Fernsehen.“

Frau 19 war zwar gut informiert, fügt jedoch hinzu, dass dies mit ihrer Therapieerfahrung zusammenhängt, und betont ihre Ängste und Entscheidungsschwierigkeiten:

„Ja, wir haben uns jetzt einfach auf diesen Ort hier bezogen. Also mein Weg zur Psychotherapie hat sich jetzt immer auf das bezogen, wie ich zu Ihnen gekommen bin. Aber es sind natürlich schon einige vorher gewesen, wo alles auch dazu gehört hat, dass es jetzt dieses Resultat gibt oder. Ich bin ja in zwei so richtigen Psychotherapien gewesen. Also das erste Mal ist es schon viel schwieriger gewesen, zu entscheiden und die Ängste sind grösser und so.“

Kategorie 6: Schlecht informiert, ohne Ausbildung, ohne Therapieerfahrung

Frau 3 erklärt zwar in der Eingangsfrage, dass eine Freundin, die schon Therapie gemacht hatte, sie dazu beraten hatte, dennoch empfand sie, gar keine Information zu haben:

„Nein gar nichts.“

Frau 6 hatte erst nach der Psychotherapieaufnahme darüber gelesen:

„Nein. Jedenfalls nicht bewusst. Ich kann jetzt nicht sagen, ob ich schon vorher oder dann erst, als ich in Psychotherapie war, darüber gelesen habe. Ich denke eigentlich erst nachher. Seither habe ich noch ziemlich viele Artikel gelesen und auch zwei, drei Bücher gekauft darüber. Und ich denke, es kann eine rechte Hilfe sein, wenn man da so ein Buch in die Finger bekommt. Zuerst denkt man ja, man sei der Einzige und ja...“

Frau 9 war nicht informiert, sie lenkt das Gespräch auf ihre Macht, andere fertig zu machen, daraus schliesst sie, „geheilt“ werden zu können:

„Keine Ahnung! Also ich habe mal einen Kadernachwuchs B-Kurs gehabt, der ist so ein wenig auf die Psyche eingegangen, dass man einfach Sachen verschieden auffassen kann, die vier Arten, wo man ... die vier Ohren die man hat, wo man Befehle entgegennimmt und und und. Und ich habe gemerkt, dass ich eigentlich noch stark bin mit Leute psychisch fertig machen. Also dass ich da, wenn mir jemand nicht passt, dass ich da schon noch den Daumen ... also dass ich einfach den Nerv finde, wo ich ansetzen muss, dass es dem weh tut und nicht mir! Da hab ich dann das Gefühl gehabt, wenn ich das kann, dann wird man auch einen Nerv finden, wo man sagen kann: und jetzt bist du wieder gesund. Also irgendwie, dass man mich auch heilen kann.“

Frau 10 fühlte sich nicht gut informiert:

„Interessant ist, dass die Leute sagen, die, die zum Psychologen gehen, sind ein bisschen plemplem und die sind halt auch der Meinung dann, es ist dann grad das Burghölzli oder so. Und ich habe gewusst, dass man in einer Therapie redet, aber was genau abläuft, das habe ich nicht gewusst. Dass einfach diese Menschen, die Psychologen, für die da sind, die psychische Probleme haben, um das zu reparieren.“

Frau 16 hat ein falsches Bild gehabt über Psychotherapie:

„Informiert? Ich würde sagen, relativ schlecht! Natürlich hört man es, sieht man es. Ich kann mich zum Beispiel ganz klar erinnern, wir haben ein Buch gelesen ...

die Schachnovelle vom Stefan Zweig, da geht's ganz klar um Schizophrenie am Schluss, der spielt am Schluss selber gegen sich Schach. Oder auch bei Fernsehfilmen irgendwie; Krimi, denke ich kommt man immer wieder in Berührung mit psychischen Erkrankungen. Ich denke auch in Zeitschriften, Heftli, was ich mich erinnern kann, dass ich manchmal gelesen habe über Depressionen. (...) Aber sonst so im Grossen Ganzen denke ich schon habe ich ein komisches, im Nachhinein ein falsches Bild gehabt, von der Couch, wo irgend ein abgedrehter Mensch da oben ist, sitzt da oben und fragt irgendetwas. Und auch natürlich ganz klar ein Bild..., wobei ich denke das kommt nicht zuletzt von zuhause, also meine Eltern wissen es nach wie vor nicht.“

Frau 24 hatte keine Kenntnisse:

„Ich bin einfach... ich habe nicht gewusst, was mich erwartet, weil ich vorher keine Ahnung gehabt habe, ich habe nie mit jemandem geredet, der auch irgendwie in Behandlung gewesen wäre oder so.“

Frau 27 hatte zwar von der Ausbildung her Kenntnisse, fühlte sich aber nicht sehr gut informiert:

„Ja. Nicht so direkt. Also wir haben so pädagogische Psychologie gehabt, das ist mehr so Entwicklungspsychologie wo wir gehabt haben und gut in der Astropsychologie, da habe ich schon auch einen Teil ... wobei, es ist ja nicht Psychosynthese, wo man dann einen Aufbau machen könnte, es ist ja mehr für Leute, eigentlich für alle Leute, nicht speziell für Kranke!“

Kategorie 7: Schlecht informiert, mit Ausbildung, ohne Therapieerfahrung

Frau 23 fand, anders als Frau 11, dass ihr das Studium wenig nützte bezüglich der Informiertheit:

„Nein. Nicht unbedingt. Eben vielleicht noch dieser Kurs, autogenes Training.“

Frau 28 erlebte die Supervision als gute Erfahrung, fühlt sich jedoch nicht informiert:

„In dieser Supervision habe ich so das Gefühl bekommen, ja es ist nicht schwierig, wenn man über so seelische Sachen redet. Aber sonst in der Ausbildung haben wir das nie besprochen und auch in meinem Elternhaus ist das nie ein Thema gewesen.“

Frau 29 wusste zwar, dass es das gibt, verneint die Frage nach den Vorkenntnissen jedoch:

„Nein. Also ich habe gewusst, dass es das gibt. Von der Ausbildung und ich bin auch ein paar Mal in psychologischen Vorlesungen gewesen an der Uni und so. Also ich habe gewusst, dass es das gibt.“

Kategorie 8: Schlecht informiert, ohne Ausbildung, mit Therapieerfahrung

Frau 13 fühlte sich nicht sehr informiert:

„Kann ich mir nicht vorstellen, vielleicht schon ein Buch gelesen oder so. Aber das hat mich nicht dazu bewogen, in Psychotherapie zu gehen. Ich habe das eher gelesen, dass ich dann mein Problem loswerden könnte, aber das hat nichts gebracht.“

Frau 14 konnte trotz Therapieerfahrung das eigene Problem nicht mit einer Störung verbinden:

„Nicht so richtig. Also eben ich habe immer das Gefühl gehabt, das was ich habe, das ist nichts, das haben alle, so. Aber sonst, klar man bekommt es mit über solche Sachen, vor allem im Fernsehen.“

Frau 26 kannte zwar Freundinnen, die Therapie machten, fühlte sich jedoch nicht informiert und verneint die Frage:

„Nein. Ich habe ein paar Freundinnen gehabt, die haben auch mal Therapien gemacht oder waren mittendrin und ich hab das wahnsinnig interessant gefunden immer. Einfach die Auseinandersetzung mit sich selber.“

A.3.3 Interpretation des seelischen Problems

A.3.3.1 Die Veränderung des Leidensdrucks bei der Interpretation zu Symptomen

Kat 1 a: Grosser Leidensdruck

Frau 6 war wie gelähmt:

„Ich würde sagen, es ist etwas, was mich sehr, also zeitweise wie lähmt und auch wo mich extrem in Anspruch nimmt und belastet und auch wie Energie wegnimmt für etwas anderes. Also zeitweise, ich denke, man kann sich ja sonst auch, macht man sich Sorgen, aber am nächsten Tag ist es dann wieder vorbei. Das ist irgendwie noch ... ich glaube nicht, dass ich eine Erklärung gefunden habe, ich kann mich an gar nichts so erinnern.“

Frau 7 dachte, sie halte es nicht mehr aus:

„Ja. Gut, also das kann ich nicht mal so sagen, dass ich das im Vergleich zu anderen gemacht habe, ich habe einfach für mich gedacht, das stimmt nicht, das halte ich nicht mehr aus.“

Frau 9 war in ihrer Eifersucht gefangen:

„Und irgendwie habe ich gedacht, meine Güte (...)! Ich weiss noch wie ich in diesem Zimmer gehockt bin, ich habe nicht gekonnt, ich habe den Ordner nehmen müssen und nachschauen. (...)

Ja. Ich habe das schon selber gemerkt, dass das so nicht geht. Unter einer Beziehung stelle ich mir schon etwas vor, das geht. Ich sehe das bei meinen Eltern, die haben praktisch nie Krach. Die sagen sich nicht „Dubel!““

Frau 10 unterschied normales und psychisches Schlechtgehen:

„Das normale Schlechtgehen ist, wenn ich vergleiche, so oberflächlich. Und das psychische Schlechtgehen wirkt sich dann aus in Aggressivität. Also ich merke dann, es fängt an zu brodeln in mir und ich werde sehr direkt, ich werde angriffslustig und ich habe einfach einen sehr tiefen Punkt erreicht, wenn man etwas Falsches sagt, dass ich ... ja die Reaktion drauf, die unterscheidet sich dann.“

Frau 11 beschrieb den Konflikt, sich trotz Empfehlung vom Hausarzt und von einer Freundin zunächst nicht auf einer Psychotherapie einlassen zu können:

„...der Hausarzt hat dann langsam angefangen zu finden, da stimmt etwas nicht, das ist psychosomatisch und das habe ich eigentlich kategorisch am Anfang abgelehnt, vor allem habe ich mich einfach gefragt, ja was ist denn? Weil ich habe von null ... ich habe nichts gemerkt, was da noch psychisch dahinterstecken könnte. Und ja eine Freundin von mir hat mir dann das empfohlen, geh doch mal zu dieser Frau, die geht oder ist selber auch dazumal gegangen und hat sie noch ... ja ihr hat die noch gepasst vom Typ her und dort ist dann, da hab ich dann von meinem Leben angefangen zu erzählen und da ist es dann klarer geworden um was es geht, sprich um Ablösung und Erwachsenwerden und solche Sachen. Und dort ist auch klar geworden, also für mich eben dazumal auch nicht ..., dass ich eben längerfristig Therapie brauche oder Unterstützung oder Begleitung brauche und das hat dann eben Konflikte gegeben in dem Sinn, dass ich mich nicht längerfristig habe einlassen können eben grad aus dem Grund heraus, weil ich irgendwie, wie soll ich sagen, weil grad meine Eltern zum Beispiel dagegen sind.“

Frau 15 fühlte sich besetzt und eingeschränkt:

„Ich bin einfach sehr ... ich bin immer am reagieren gewesen und diese beiden Männer waren in der WG und der Y hat soviel getrunken und ich musste jeden Tag schauen, wie geht es denn dem und wie geht es denn diesem und wie geht es mir? Und es ist wie so Tag für Tag nehmen so. Eigentlich nur noch reagieren gewesen, aber nicht mehr planen oder Strategien oder dass es mir gut gehen würde in diesem allem.“

Frau 17 beschrieb ihre depressiven Symptome:

„Ja. Dass ich einfach nicht wirklich glücklich bin und dass mir die Sachen nicht ring fallen, so vorbereiten für die Arbeit, das ist mir nicht einfach gefallen. Da habe ich zum Teil totale Motivationslöcher, totale Abwehr gehabt, mich ... ganz extrem das ist dann so wie ... ich habe das dann nicht im Griff gehabt, das ist dann fast körperlich geworden diese Abwehr und dieses Nicht-Wollen und auch Angst haben, ich schaffe das nicht.“

Frau 19 litt an konflikthafter Beziehungen zu Kollegen und bemerkt die Verhältnislosigkeit:

„Ja dass es schon irgendwo eine Grenzenlosigkeit bekommen hat, dass es keine Zeiten mehr gegeben hat, wo ich unbeschwert und unbelastet so fröhlich und zufrieden sein konnte. Es hat angefangen, das ganze Leben so aufzufressen. Ja einerseits ist das so personifiziert gewesen durch diese zwei Personen, wo mir da Böses tun und mich plagen. Und andererseits ist es eben einfach ganz klar gewesen für mich, dass es etwas in mir drin anspricht, das sind ja nicht die ersten Menschen gewesen, die mit mir nicht so nett gewesen sind, aber das hat bei mir etwas angesprochen, wo ich ... wo so vieles ausgelöst hat, dass das gar nicht mehr im Verhältnis gestanden ist zu dem, zu dieser Beziehung zu diesen zwei Personen.“

Frau 20 erlebte sich selbst als gefährdet:

„Ja weil ich viel deprimiert gewesen bin. Wenn mich jemand quasi nur angeschaut hat. Also ich habe mich dann noch mehr zurückgezogen und bin noch mehr zuhause geblieben und ich habe eigentlich Angst gehabt, dass ich mir etwas antun könnte, wenn das so weitergeht.“

Ja. Und dann bin ich dann auch zum Arzt gegangen. Ich habe ja auch vorher schon Medikamente genommen, eigentlich ein paar Jahre schon. Und habe dann eigentlich gefunden, es ist schlimm, wenn es mir trotz Medikamenten nicht besser geht.“

Frau 22 beschrieb retrospektiv ihre Situation, ihre Erschöpfung und den Momententscheid:

„Ich glaube das erste Mal, als ich mich angeschaut habe. Ich bin so auf den Felgen gewesen und das erste Mal als ich versucht habe...also ich weiss noch die erste Stunde als ich bei Ihnen gewesen bin, da haben Sie mich am Schluss der Stunde gefragt: Und Sie? Und ich habe gar nichts sagen können. Aber irgendwie ein Stück weit habe ich halt doch ein bisschen den Blick von meinem Mann wegnehmen können und merken, dass es auch mir nicht mehr gut geht. Ich bin so in meinen Problemen gewesen. Ich habe mich gar nicht angeschaut da. Erst als ich einen Streifblick auf mich geworfen habe, habe ich gemerkt, dass es mir gar nicht gut geht. (...)“

Ja, aber das ist ganz kurz gewesen. Ich habe das nicht systematisch durchdacht oder so. Das ist wirklich wahrscheinlich ein Momentsentscheid gewesen. Ich habe gemerkt, jetzt muss ich, das war nicht lange überlegt oder so. Ich denke einfach ich habe einen Moment lang die Situation anschauen können und da hat es dann Klick gemacht.“

Frau 24 erlebte wiederholt, dass Liebesbeziehungen scheiterten und litt daran:

„Also ich habe ja diese Machtkämpfe geführt mit den Männern. Das ist ja so gewesen bevor ich zu Ihnen gekommen bin. Das hat sicher zu einem grossen Teil...weil es ist mir ja nicht gut gegangen dabei. Das hätte ich abstufen können nach jedem Ereignis. Das hätte ich abtun können mit einem schlechten Tag oder dass es blöd gelaufen ist. Also das ist nicht nur einmal gewesen, sondern fast jedes Mal, mit allen. Wo einfach diese Machtkämpfe ins Spiel gekommen sind und ich gefunden habe, so ein Armer...das ist sicher nicht gesund.“

Frau 27 bemerkte ihre Überforderung:

„Ich habe einfach gemerkt, dass ich völlig überreagiert habe und ich habe irgendwie extreme Reaktionen gehabt und ab jedem kleinen Bisschen hätte ich schon laut hinausheulen können. Es ist irgendwie auch so etwas Unbeherrschtes gewesen, so ganz viel aufgebrochen ist da einfach ...“

Frau 29 betonte die Einschränkung:

„Ja. Ich bin eingeschränkt gewesen, in der Handlungsfreiheit, in der Bewegung, im äh...habe ich mich nicht mehr weit hinausgetraut und alleine sowieso nicht. Und da hat es mich schon gedünkt, das ist nicht normal. Das ist ja früher auch nicht so gewesen, das ist ja anders gewesen früher.“

Nein. Ich habe es mir nicht erklären können. Es ist ja etwas...das hat sich irgendwie meinem Erfahrungshorizont entzogen. Ich habe da nie etwas gehört davon. Ich habe mit dem noch nie etwas zu tun gehabt. Vorher mit dieser Symptomatik, noch nie.“

Kat 1 b: anders als früher

Frau 12 merkte den Unterschied zu früher und fand auch den Rückzug wichtig:

„Wieso? Weil ich habe eigentlich früher mit negativen Ereignissen immer relativ gut umgehen können. (...). Ich habe massive Schlafstörungen gehabt, wo ich zuerst probiert habe mit ganz normalen Hausmitteln wie Honigmilch und Baldri-antröpfli und später mit Zellerdragees. Also bei mir ist es vor allem darum gegangen, dass ich, wo ich gemerkt habe, ich kann mich selber nicht mehr beruhigen und entspannen oder auch mit mir abmachen, dass es halt so ist. Also das hat dann immer mehr angefangen mich zu fressen und mich zu lähmen und eben: Schlussendlich bin ich auch viel zurückgezogener geworden. Also dass ich gar nicht mehr so auf Leute zugegangen bin, auf Partys gegangen bin, was ich früher geliebt habe, auch Menschen kennenzulernen, dass einfach von mir persönlich so ein extremer Rückzug stattgefunden hat ja.“

Kat 1 c: andere haben es leichter

Frau 1 sah, dass andere es leichter nehmen konnte:

„Ah. Ich denke, das ist wie eine Wunde, die einfach so fest blutet, wo man merkt, wenn man jetzt nicht zum Arzt geht, dann verblutet man! (...) (von Eingangsfrage): Und ich habe eine Frau getroffen, die hat auch diese Operation machen müssen und die ist überhaupt, also sogar zwei Frauen, und die haben überhaupt nicht so reagiert wie ich, die hat auch keine Kinder und die ... also ich habe niemand getroffen, wo auch so vehement reagiert hat wie ich.“

Ebenso nahm Frau 13 im Vergleich zu anderen wahr, dass ihr sie seelische Probleme hatte:

„Weil es mich eben so beeinflusst hat! Dass ich das, wo andere dann Spass hatten, dass ich da in Panik verfiel und am liebsten zuhause geblieben bin und vor dem Fernsehen am Abend und nicht gross weggegangen bin und weil ich Angst hatte, angestarrt zu werden und weil ich dachte, weil mich das einfach so beeinflusst hatte und weil ich das nicht machen konnte, wozu ich eigentlich Lust hatte, was dann nicht mehr ging.“

Erst dacht ich immer es liegt an den anderen. Wieso sind die so gemein, so hinterhältig und dann letzten Endes dachte ich, es liegt wohl wirklich an mir. Ich muss mich verändern, dass ich anders auftrete, ich muss selbstbewusster werden, aber immer so mit dem Hintergrund, so die anderen müssen dann anders auf mich reagieren. Und ähm ... ja die Erklärung eigentlich, so aus der Erziehung heraus, dass man wenig Selbstbewusstsein mitbekommen hat.“

Frau 16 bemerkte am Unterschied zu den anderen ihr Problem:

„Aber wo ich doch gemerkt habe, die können viel leichter mit Kritik und Angriffen von irgendwelchen Seiten umgehen. Eben und am Anfang habe ich das sicher für normal gehalten, ich als Anfängerin habe jetzt halt grössere Probleme, ist es schwieriger. Ja, ich denke nicht mehr normal ist es in dem Moment geworden, wo es so stark geworden ist. Etwas wo, dann wenn es da ist, fast nichts mehr anderes zulässt, fast keine andere Wahrnehmung mehr zulässt.“

Frau 26 hatte sich damit abgefunden, anders als die anderen zu sein:

„Also das ist jetzt eine schwierige Frage. Ich denke, dass ich das für mich selber schon immer gewusst habe, dass ich mich unterscheide von anderen und äh weil ich selber noch ziemlich realistisch in der Welt stehe, mich einfach damit abgefunden habe, es ist halt so. Und es daher vielleicht auch nicht so ernst genommen habe. Es ist halt so, ja.“

Kat 1 d: Dauerhaftigkeit

Frau 25 betonte die Persistenz der Symptome:

„Ja. An der Dauerhaftigkeit oder. Es ist sehr gegenteilig zu dem, wie ich mich sonst gekannt habe. Also eben Passivität auf lange Dauer, es gibt es schon mal, dass ich nicht mag vielleicht eine Woche oder so, aber dann ist schon so eine Grippe herum oder so. Und so diese Mattlosigkeit, die habe ich natürlich überhaupt nicht gekannt. Und ja ich habe ja sehr schlecht geschlafen, erwacht in der Nacht und das ist irgendwie schon klar gewesen, also ich habe mich sonst ja körperlich nicht angeschlagen oder krank gefühlt. Das ist eigentlich so wie, dass das nie aufgehört hat beziehungsweise immer noch eigentlich zugenommen hat und immer schlechter geworden ist. Das ist so das Anzeichen gewesen.“

Kategorie 2: Keine Veränderung des Leidensdrucks

Frau 3 empfand sich nicht als heftiger leidend als andere:

„Also ich finde es auch jetzt noch schwierig zum sagen, eben ich finde es eben gibt noch viele Leute, die ein ähnliches Leiden haben und es ist noch schwierig zu sagen, ist man da jetzt krank, und ich meine psychische Krankheit. Ich weiss schon, da gibt es noch ganz anderes, also das ist mir sehr bewusst. Ich finde das auch jetzt noch schwierig zu sagen. Ich habe einfach das Gefühl, ich unterscheide mich jetzt in dem Sinn von allen anderen, die vielleicht die gleichen Probleme haben oder so, dass ich einfach finde, ich will das jetzt anpacken und ja ich bin irgendwie 24 und ich habe noch ein langes Leben vor mir und ich möchte das nicht herumschleppen bis ich irgendwie 80 bin. So, ich habe auch jetzt nicht das Gefühl, dass ich mich megaunterscheide von den anderen, die auch Probleme haben.“

Frau 5 hatte es gespürt:

„Das ist eine schwierige Frage, ich habe das einfach gespürt. Oder ich habe es unbewusst gemerkt. Das Unbewusste hat mich geführt.“

Frau 14 hatte keinen Unterschied wahrgenommen, sondern sich selber beobachtet und Grenzen gesetzt:

„Also ehrlich gesagt eigentlich, habe ich diese Unterscheidung noch nie so machen können, auch jetzt nicht. Für mich ist es einfach, ich habe einfach so Grenzen gesetzt oder wie man dem immer auch sagen will, dass ich einfach ein Leiden

habe und ich komme nicht zu Schlage damit. Aber ich habe nicht diesen Unterschied gemacht.“

Frau 21 spürte eher Ratlosigkeit:

„Dort habe ich gar nicht recht gewusst wieso, darum wollte ich auch mit der Psychotherapie herausfinden, was los ist.“

Frau 23 machte keine Unterscheidung:

„Ich habe dort am Anfang schon den Eindruck gehabt, dass es so ein normales menschliches Leiden ist. Weil meine Mutter ist auch eine sehr ängstliche Person und ihre Mutter ebenfalls, also das liegt schon so in der Familie und irgendwo hab ich das glaub ich schon so am Anfang als normales menschliches Leiden angesehen und habe aber gedacht, vielleicht kann mir das trotzdem helfen, so autogenes Training, dass ich dann ruhiger bin, wenn ich diese Angst habe.“

A.3.3.2 Kritische Lebensereignisse und spezifische Lebensphasen

Kategorie 1: kritische Lebensereignisse und spezifische Lebensphase

Frau 1 betrachtete ihre Operation sowohl als kritisches Lebensereignis wie auch als lebensgeschichtliche Phase:

„Ja ja ja, ganz klar war das beides.“

Frau 4 unterschied das kritische Lebensereignis der Trennung zu dem der Operation, während sie das eine im Freundeskreis besprechen kann, führt das andere zur Psychotherapieanspruchnahme:

„Ja. Es ist die Trennung gewesen dort natürlich, die Trennung von dieser langjährigen Partnerschaft. Die Operation ist schon auch ein kritisches Lebensereignis gewesen. Aber das ist jetzt etwas gewesen, das konnte ich im Freundeskreis oder mit Verwandten besprechen. Das konnte ich für mich verarbeiten und das hat mich nicht so in eine Krise gestürzt.“

Als lebensgeschichtliche Phase nannte sie die Frage der Fruchtbarkeit:

„Ja. Das ist genau zu diesem Zeitpunkt, wo diese Trennung gewesen ist, habe ich eine Unterleibsoperation gemacht und das ist eben auch noch ein Punkt gewesen, wo nicht klar gewesen ist, kann ich noch Kinder haben oder nicht? Das sind halt so Fragen, die dann auftauchen.“

Frau 7 interpretierte ihre Erfahrungen als kritisches Lebensereignis und als spezifische Lebensphase:

„Ich glaube das ist parallel gegangen zu dem Entschluss, ich will mich von diesem Mann trennen. Und eigentlich habe ich mich auch trennen wollen von diesen Beziehungsmustern. Also das ist eigentlich von einem Tag auf den anderen gekommen und gleichzeitig: ich will Hilfe. (...) Ja. Ich denke es ist schon eine Phase

in so einem Lebenszyklus, die irgendwann zur Wahrheit kommen wollen. So wenn die Jugend, also ich habe dann schon mal ein paar Jahre geschafft und dann irgendwann zu merken ja ist es jetzt das? Ich glaube schon das ist eine Lebensphase, die ich bei vielen sehe. Das ist, da war ich 27 gewesen, wo dieser Entscheid dann gefällt wurde.“

Frau 8 erlebte den Zusammenbruch ihrer Mutter als kritisches Lebensereignis:

„Also zu welchem Zeitpunkt jetzt? Dort als ich zum ersten Mal Psychotherapie gemacht habe? Dort würde ich sagen, dass mein Mami zusammengebrochen ist.“

Und die Pubertät als spezifische Phase:

„Ja. Die Pubertät damals. Schon.“

Frau 14 bezeichnete eine Schulversetzung als kritisches Lebensereignis:

„Ja, das eine oder andere schon ein wenig. Das habe ich dann so erkannt, dass ich oft gedacht habe, ach könnte ich doch die Zeit rückgängig machen, also ich habe dann der Zeit schuld gegeben. Oder das Ereignis in der Schule halt, das ganze Zeugs mit dem Lehrer. Ich habe danach im Nachhinein dann einen richtigen Hass auf den Lehrer gehabt. Das zum Beispiel ist sicher so ein Ereignis gewesen, das ich damit in Zusammenhang bringe. Und dann das Zusammenkommen mit meinem Freund und vor allem die Trennung, die ist schon sehr ausschlaggebend gewesen. So tief bin ich dann nie mehr gewesen wie dort.“

Als spezifische Phase nannte Frau 14 die Pubertät:

„Ja. Das ist auch noch schwierig. Weil grad diese Zeit, als die Pubertät kam und als die Periode zum ersten Mal einsetzte und so, die habe ich gar nicht richtig wahrgenommen. Also klar habe ich's wahrgenommen, das ist ja nicht zu vermeiden. Aber ich habe mich überhaupt nicht damit auseinandergesetzt. Also das ist einfach passiert, aber ich habe mit niemandem darüber geredet. Ich habe es einfach verdrängt und ja man nimmt es einfach hin und ja.“

Frau 16 schilderte das auslösende Lebensereignis und unterscheidet dieses Erlebnis zu einem weniger wichtigen:

„Die Kündigung hat sicher den Leidensdruck verstärkt. Die ist schuld gewesen, dass ich in dieser Zeit so schlecht geschlafen habe. Also im Prinzip müsste man die ganze Ausbildung und Berufswahl dazunehmen.“

Als spezifische Lebensphase nannte Frau 16 die Kindheit:

„Also wieder ich denke, Sie müssen mich korrigieren, wenn ich die Frage falsch verstanden habe, aber ich habe das Gefühl ja, ganz klar ja, und zwar eben in diese Schulzeit hinein, dass dies sicher irgendwie, sagen wir mal, dass das nicht die Ursache ist, dass das aber ganz klar verstärkt hat, meine eigene Schulzeit, eben so die vierte bis sechste Klasse, aber ich denke auch, die allein kann es nicht gewesen sein, eben da denke ich nach wie vor, da ist etwas noch weiter zurück, nicht nur in der Schulzeit, sondern in der Kindheit, wo solche Situationen sind, wo Gefühle wach werden, wo jetzt diese Gefühle wieder hervorkommen, die vielleicht tatsächlich nichts zu tun haben mit der Situation zum Teil.“

Frau 18 erlebte Schwangerschaft und Geburt als spezifische und problematische Lebensphase:

„Ja. Die Geburt meines Sohnes und die Schwangerschaft sind sicher eine Krise gewesen. Also auch die Schwangerschaft, nicht nur die Geburt. Also das ist wie

eine Lebenskrise gewesen ja. Ich denke nicht, dass ich die gleiche Krise ohne Schwangerschaft und Geburt erlebt hätte. Vielleicht in einer anderen Form oder später, aber nicht so.“

Dieses kritische Lebensereignis war auch eine lebensgeschichtliche Phase von Frau 18:
„Ja Klar eben die Schwangerschaft und die Geburt auf jeden Fall.“

Frau 21 fand ein kritisches Lebensereignis:

„Ja das hat es schon gegeben. Eben das erste ist das mit dem Bruder gewesen, die Trennung vom Bruder. Und ja dann ist es das Wegsein von zuhause, eben dort, als ich im Welschland war und dann das mit den Familien, das passiert ist und die Ausgrenzung in der Sek, dort in (...), als sie mich in der Klasse nicht aufgenommen haben und dann ist der Lehranfang gekommen, der mich belastet hat.“

Auch Frau 21 erinnerte sich an die Pubertät:

„Ja. Ich denke in dieser Zeit der Pubertät hat jeder ein bisschen Komplexe mit sich selber auch, weil man sich verändert. Und ich bin auch immer eine von den Schwereren gewesen und unter dem habe ich schon früh gelitten. Und das hat sich dann einfach noch mehr verstärkt.“

Frau 22 sah als Lebensereignis die Erkrankung ihres Mannes:

„Ja. Also ursprünglich der Tod von (...) hat Auswirkungen auf meinen Mann gehabt und dadurch hat die Erkrankung von meinem Mann...die ist dann der konkrete Anlass gewesen zum kommen. Also sonst wäre ich...weiss nicht, vielleicht unterdessen doch einmal, aber ich wäre sonst nicht gekommen. Das ist schon das gewesen.“

Die spezifische Lebensphase als Mutter zweier kleiner Kinder war schwierig:

„Alles zusammen natürlich, ich bin auch mit den Kindern überfordert gewesen, aber ich denke mit einem ruhigeren Mann wäre das unter Umständen nicht so gewesen. Aber alles zusammen natürlich ich bin sehr überfordert gewesen, mit schaffen, mit meinem Mann, mit den Kindern, mit allem.“

Frau 25 sah folgende kritische Lebensereignisse:

„Ja ich glaube das sind so kleine Sachen, wo halt immer wieder so beigetragen haben. Was ich jetzt so sehe ist der Abschluss mit schaffen, das Ausziehen, das ist sicher mal eine grosse Veränderung gewesen, wo mein Leben lang mein Ziel gewesen ist, so diese Unabhängigkeit zu erlangen und ja was denn überhaupt sonst noch? Also das ist wie so dieses Ziel gewesen und dann wie auch die Beziehungen, die haben mich auch immer wieder durcheinander gebracht. Die haben immer so ein wenig sehr viel Platz eingenommen, also ich habe mich jeweils sehr stark durch Beziehungen ein Stück weit bedroht gefühlt.“

Als auslösende Lebensphase sah sie das Säuglingsalter:

„Also was jetzt innerhalb von dieser Psychoanalyse schon ganz am Anfang zum Vorschein gekommen ist, das habe ich schon immer gewusst, ich bin ganz am Anfang nach der Geburt von meiner Mutter weggekommen, irgendwie weil ich da Gelbsucht gehabt habe.“

Frau 26 nannte als kritische Lebensereignis die Aufgabe ihrer Wohnung und ihrer Arbeitsstelle:

„Bevor ich da alles gekündigt habe, habe ich so einen Anfangskurs in Astrologie gemacht und wir waren da so eine kleine Gruppe und dort haben wir uns selber natürlich einfach angeschaut unser Horoskop blabla und ich habe dort immer gesagt, einmal in meinem Leben möchte ich alles loslassen und schauen, was dann passiert. Und das ist dann in jedem Jahr auch passiert. Einfach für mich hab ich den Mut gehabt, so ich mach das jetzt für mich allein. Ja. Und schaue was passiert. Ich hab mich wirklich voll auf diesen Prozess eingelassen. Wenn ich im Nachhinein gewusst hätte, wie schwierig das war, hätte ich es wahrscheinlich nicht gemacht.“

Als spezifische Lebensphase redete Frau 26 von der Adoleszenz:

„Nein. Ja sorry doch. Vor etwa 20 Jahren, wo ich von zuhause ausgezogen bin in so eine Studentenwohnung hab ich sehr viel zugenommen, über ein paar Jahre dann, also bis 25 Kilo schwerer und das ist dann auch in einem Jahr alles wieder runtergegangen, also absurd. Und ich weiss, dass dies absolut psychisch war, weil ich hab ganz normal gegessen in dem Jahr. Also etwas hat sich gelöst in mir, das war vor 15 Jahren ungefähr. Also das war sehr extrem. Und absolut nicht krank, oder eine Megadiät oder so. Es hat sich in mir etwas geändert, etwas ist gut ja, vieles war das.“

Frau 27 verwies auf ein kritisches Lebensereignis:

„Ich habe dann dort auch schon mal eine Krise gehabt, ich habe auch diese Feng-Shui-Ausbildung angefangen und habe dort auch neue Leute kennengelernt, unter anderem auch ein Mann, der mich sehr fasziniert hat. Ich habe zwar keine Beziehung mit ihm gehabt, aber wir sind uns doch relativ nahe gekommen und ich habe gemerkt, das sind so Schwierigkeiten, wo ich eigentlich immer in der Beziehung trage, so Sachen, wo mein Mann immer ziemlich schlecht drauf reagiert und dort hat es Konflikte gegeben.“

Frau 27 bejahte den Zusammenhang mit einer spezifischen lebensgeschichtlichen Phase:

„Ja. Auf alle Fälle. Ich werde jetzt dann grad 40. Und so diese 40-er-Krise ja, auf alle Fälle. Also ich denke, es hat sich jedenfalls zugespitzt. Gut. Ich muss sagen, es geht mir ja jetzt auch besser, ich habe auch Massnahmen ergriffen, ich gebe jetzt keine Schule mehr definitiv, habe das abgeschlossen und gehe anders um mit diesen Sachen oder und versuche auch, mich nicht so auszustopfen mit Arbeit, sondern irgendwo auch ein Mass hinzubringen. Und ja in der Beziehung haben wir auch sehr viel gemacht. Sicher hat es Zeiten gegeben, wo ich diese Beziehung auch beenden wollte und viel darüber herumstudiert habe und jetzt im Moment sieht es eigentlich auch eher wieder positiver aus und das ist natürlich etwas, was einem sehr viel Boden geben kann, wenn es da stimmt.“

Frau 30 meinte, es sei sowohl ein kritisches Lebensereignis als auch eine spezifische Lebensphase:

„Ich habe sicher irgendwie gedacht, so eine Aufstauung von Knöpfen aus meinem ganzen Leben, aber schon auch so diese neue Situation, also Studium fertig und ein Ziel verloren, das ich lange gehabt habe, einen neuen Job anfangen, was ja mit Verantwortung übernehmen zu tun hat. Und ja auch irgendwie mal so mein eigenes Leben in die Hand nehmen, Auszug von zuhause und das alles nicht mehr packen können.“

Ja. Ich denke schon. Also ich denke schon, dass das so ein Umbruch von dem bisher Gewohnten war. Wobei ich da auch sagen muss, vielleicht ist das im Nachhi-

nein erst so klar. Als ich diese Beratung aufsuchte, war das nicht klar und soweit habe ich gar nicht denken können. Ich habe aber schon das Gefühl gehabt, das ist wahrscheinlich schon so. So ein Neubeginn einfach.“

Kategorie 2: kritische Lebensereignisse ohne spezifische Lebensphase

Frau 9 nannte keine spezifische Lebensphase, aber einen Berufswunsch als kritisches Lebensereignis:

„Ich habe mich beruflich verändern wollen. Ich habe beim (...) gearbeitet und es hat mir nicht mehr gefallen, aber ich habe ganz klar gewusst, ich will Lastwagen fahren und ich freu mich darauf.“

Auch Frau 12 sah keine spezifische Lebensphase, als auslösendes Ereignis nannte sie ihren beruflichen Start:

„Also etwas was passiert ist, und dann das ausgelöst haben quasi? Ja. Seit ich angefangen habe im sozialpädagogischen Bereich zu arbeiten.“

Auch Frau 13 nannte keine spezifische Lebensphase, deutete aber das Ausziehen als kritisches Lebensereignis:

„Das Ausziehen von zuhause schon. Weil da hab ich mich doch einsam gefühlt so, auch dachte, ja ich brauch jetzt irgendwie mehr Freunde und muss was unternehmen und muss mein eigenes Leben führen und muss wirklich diese Sachen, die mich belasten, irgendwie bekämpfen so...“

Kategorie 3: keine kritischen Lebensereignisse aber spezif. Lebensphasen

Frau 11 meinte, das sei kein kritisches Lebensereignis gewesen, gehöre jedoch zur Lebensphase der Adoleszenz:

„Nein. Nicht wirklich, es ist eine Stauung gewesen und klar hat dieses Schlechtsein und Übelsein Heimweh nach Zuhause ausgelöst. Vielleicht ist dort auch ein bisschen ... ja in Zusammenhang mit dem eigentlichen Problem gestanden aber wie gesagt, ich bin schon vorher in die Ferien und habe nicht Heimweh gehabt. Ja das gehört zur Adoleszenz“

Kategorie 4: weder kritische Lebensereignisse noch spezif. Lebensphasen

Frau 6 bezeichnete die Familiengründung weder als kritisches Lebensereignis, noch als lebensgeschichtliche Phase:

„Nein. Zuerst habe ich geschafft als Kinderkrankenschwester im Spital und in der Zwischenzeit habe ich drei Kinder und bin verheiratet, nein, es hat sich irgendwie nicht viel verändert.“

Frau 10 fand weder ein spezifisches Ereignis noch eine spezifische Lebensphase, die wichtig gewesen wäre:

„Ein bestimmtes Ereignis nicht, das ist schon länger gewesen, dass ich einfach den Kontakt zu meinem Vater abgebrochen habe und ja, dass der das auch nicht begreifen wollte, dass ich jetzt meine Ruhe haben wollte und er hat dann auch angefangen, mich zu bedrohen und ja ich denke, das ist vielleicht auch noch ein Punkt, weil das ist wieder etwas gewesen, wo gegen meinen Willen passiert ist. Und dann werde ich total sensibel dann. (...)
Ich denke, das Frausein habe ich gar nicht mitbekommen, weil ich auch mit 13 so viel machen musste, Haushalt, Schule, lernen alles, fast ein 200-Prozent-Job.“

Frau 17 sah weder lebensgeschichtliche Phasen noch kritische Lebensereignisse:

„Grad zu diesem Zeitpunkt? Nein, da ist nichts gewesen.“

Frau 19 sah keine lebensgeschichtliche Phase und trotz ihres Berufswechsels kein kritisches Lebensereignis:

„Nein. Eigentlich nicht. Es ist primär dieser berufliche Wechsel einfach gewesen, wo schon einschneidend gewesen ist für mich. Ich habe meine Selbständigkeit aufgegeben, ich bin in diesen Betrieb hinein. Es hat ein grosses berufliches und auch finanzielles Risiko getragen, diese Entscheidung, dorthin zu gehen und das hat mich schon unter Druck gesetzt. Also ja, das hat mich unter Druck gesetzt, sonst ist nichts gewesen, nein. Das ist stabil gewesen, Beziehung und familiär.“

Frau 23 sah kein kritisches Lebensereignis und auch keine spezifische Lebensphase als relevant an, sondern beschrieb das Alleinsein als Auslöser:

„Nein. Es ist für mich in diesem Zusammenhang mit dem Alleinsein gestanden. Allein eben an der Prüfung, wo man dann ganz auf sich angewiesen ist, wo man dann ganz auf sich zählen muss, oder im Dienst auch, wo man dann allein ist.“

Auch Frau 24 sah weder kritische Lebensereignisse noch eine spezifische Lebensphase, die für die Psychotherapieinanspruchnahme auslösend gewesen wären:

„Das weiss ich nicht. Also ich meine, meine Eltern haben sich getrennt und so...aber ich meine, das sind Vorwände die man nimmt, man ist ja selber verantwortlich wie man sein Leben gestaltet. Ja.
Und die Geburt von der Kleinen also das ist ja ein sehr schönes Ereignis, das glaube ich nicht, dass dies ein Zusammenhang hat. Nein das glaube ich nicht. Nein.“

A.3.3.3 Begleitende Gefühle bei der Interpretation zu Symptomen

Kategorie 1: Hoffnung, Erleichterung, Scham

Frau 1 spürte ihre Hoffnung und Hilflosigkeit:

„Ich habe einfach alle meine Hoffnungen in Frau X gesetzt. Nein. Es hat mich vielleicht beschämt, dass ich nicht genug stark bin, und dass ich wegen dem so ein Theater mache, und dass ich das nicht lösen kann ich selber. Überhaupt nicht Wut,

sonder mehr wie hilflos ich eigentlich in diesem Leben stehe. Und diese Frau X wird's dann schon richten.“

Frau 6 war erleichtert:

„Ich bin erleichtert gewesen. Also ich habe das Gefühl gehabt, es geht jetzt mal etwas. Also ich denke, ich habe schon länger das Gefühl gehabt, das ist der richtige Weg. Aber ich glaube, wenn's ohne geht, ist es besser, aber...“

Frau 14 hoffte, ihre Familie aus dem Spiel lassen zu können:

„Das erste Mal, als ich externe Hilfe in Anspruch nahm, war es wie eine Hoffnung, eine Erleichterung. Dann habe ich aus dem Telefonbuch diese verschiedenen Adressen herausgesucht, respektive, die, die mir die Gynäkologin gegeben hat. Und dann, dann ist die Angst gekommen, eben das Abgewiesenwerden. Ja. Und als es dann soweit gewesen ist, dass alles ins Rollen gekommen ist, dann ist es eine sehr grosse Erleichterung gewesen. Weil einfach auch, weil es eben grad eine externe Hilfe ist. Weil ich dann auch halt gehofft habe, dass ich die anderen, meine Familie und so, aus dem Spiel lassen kann. Dass ich da mit jemandem reden kann, wo ich dann nicht Angst haben muss, dass die das jetzt gegen mich verwenden tut. Das ist jemand, der mir hilft, und der das nicht weitererzählt und wo das in diesem Raum bleibt und wo ich alles herauslassen kann und nicht studieren muss, wie bei den anderen, wie nimmt jetzt die das auf und oh denkt die jetzt schlecht über mich, sondern wo ich einfach alles frei rauslassen rauslassen rauslassen kann. Und das ist schon ein grosses Bedürfnis von mir.“

Frau 16 war zwiespältig:

„Zweiseitig. Auf die eine Seite, ja vielleicht hilft das wirklich etwas und in dem Sinn ja eine Entlastung einfach wirklich mit dem Gedanken, vielleicht hilft es etwas aber ich denke auf die andere Seite ist schon ein Stück weit der Reflex gekommen, wieder das Entwertende, ja liegt es denn in diesem Fall wirklich an mir? Bin ich denn wirklich nicht normal? Ja, diese Gedanken sind schon auch dabei gewesen. In dem Sinn auch traurig, traurig darüber, dass ich nicht, im weitesten Sinn nicht normal bin! (wir lachen)
Ich denke das kommt auch wieder von dem Bild, das ich habe von Psychiatern und Psychologen, zu denen gehen nur diejenigen, die nicht normal sind! Oder die, die ganz abgedreht sind, wo die Selbstfindung quasi das Höchste ist. Die andern brauchen das nicht, die haben das nicht nötig.“

Frau 17 war sehr entschlossen, Therapie in Anspruch zu nehmen:

„Sicher komisch und ich habe sicher mal das Telefonbuch angeschaut und dann noch einmal überlegt, bis ich das dann gemacht habe. Aber für mich ist klar gewesen, dass ich das möchte und brauche. Ja, aber das ist sicher komisch. Komisch heisst schon sicher, dass ich mal eine Angst hatte oder dann gar eben anschaut werden als schwach, dass man das braucht.“

Frau 20 äusserte ihre Hoffnung:

„Also schon die Hoffnung, dass man mir helfen kann, dass ich von diesen Gedanken wegkomme, von eben diesem Nicht-mehr-leben-wollen, dass ich ein wenig selbstbewusster werde.“

Frau 21 schämte sich:

„Ich habe mich einfach geschämt, das jemandem zu erzählen. Eben weil es solche Vorurteile gibt und weil ich auch so Angst gehabt habe, dass sich dann die einen Leute von mir zurückziehen könnten.“

Frau 23 beschrieb ihre Symptome:

„Nein. Geschämt hab ich mich vor allem und es hat mich einfach sehr gestört. Und ich habe mich gewundert auch so, auf eine Art ja kann man sagen hab ich mich gewundert, so wie das kippen konnte. Wenn diese Ängste weg gewesen sind oder wenn die gekommen sind, war das immer so, hat das immer so parallelen Zusammenhang gehabt mit meinem Selbstwertgefühl. Wenn ich dann so Angst gehabt habe, habe ich null Selbstwert mehr gehabt und das Gefühl gehabt ich kann gar nicht und es kommt alles ganz schief heraus und ich bin gar niemand und (...) am anderen Morgen, dann bin ich schon so ein wenig hypomanisch gewesen und habe gedacht also wow was ich da jetzt wieder alles geschafft hab (...)! Und das ist sehr sehr störend gewesen, dass dieses Selbstwertgefühl so darunter gelitten hat. Dieses hin und her.“

Frau 25 berichtete von ihrer inneren Auseinandersetzung mit dem Anspruch, es alleine zu schaffen:

„Ja. Ich glaube es hat einfach diese Zeit gebraucht, bis ich mir eingestehen konnte, ich schaff das nicht allein. Es ist ja irgendwie ... so von Sommer bis Herbst würde ich sagen, habe ich dann schon gefunden, ja eben ich bringe das schon selber und das geht gar niemanden etwas an ja. Im Sinn von ja, ich bring das schon selber wieder richtig hin. Und dann als es wirklich ... ja da musste ich mir schon eingestehen, das geht jetzt nicht wirklich so, dass das wieder gut geht. Und dann ist es eigentlich angenehm gewesen. Weil es wird mir jetzt geholfen und man kann etwas dagegen machen, und es ist nicht so dieses Ausgeliefertsein. (...)

Ja. Das ist wie ein Medikament gefunden zu haben. Einfach einen Weg, ein Stück weit einen Weg zu sehen. Es ist eine Ausweglosigkeit gewesen und dann auch wie auch noch eine Perspektive, ich kann noch etwas unternehmen und ich muss das nicht einfach so akzeptieren, das ist jetzt nicht für immer und ewig so.“

Frau 30 hoffte, nicht mehr allein zu sein mit ihren Problemen:

„Also eben, ich habe irgendwie das Gefühl gehabt, dass ich sehr für mich allein das in Ordnung gebracht habe, und bin irgendwie froh gewesen, ja das jemandem zu geben, ja dass jemand das in die Hand nimmt. Und eben ich gewisse Krämpfe nicht nur mit mir allein ausmachen muss, sondern das auch mal ein wenig abgeben kann. Ja und bin eigentlich so mit einer Erwartungshaltung irgendwie, mit einer positiven Erwartungshaltung, in so eine Therapiestunde gegangen. Einfach auch wissen, diese Symptome werden jetzt besser ja.“

Kategorie 2: Unsicherheit, Angst, Respekt

Frau 4 fühlte sich unsicher, Hilfe annehmen zu können:

„Es ist wie ... sich an einen Strohalm klammern, weil es ist auch ... ich habe auch vorher gesagt, es ist ein Versuch ... es ist nicht so klar gewesen. Ich habe nicht gewusst, wie das dann effektiv ist für mich, ob das dann eine Hilfe ist für mich. Ob ich das so als Hilfe annehmen kann. Aber .. es ist einfach eine, ich würde jetzt

mal sagen eine unbelastete Art gewesen, über diese Sachen reden zu können, ohne wie irgendwie das Gefühl zu haben, mich irgendwie rechtfertigen zu müssen. So wie ich im Freundeskreis das Gefühl manchmal gehabt habe, die werten mich und ich müsste mich rechtfertigen und das ist natürlich in der Therapie gar nicht so der Fall. Eigentlich nicht negative Gefühle, also eher wirklich ermutigend. Das ist jetzt etwas wo ... eine Erleichterung gewesen ist, dass etwas in Gang kommen kann. “

Frau 7 hatte Angst und war wütend:

„Nein ich habe schon... Ich habe Schiss gehabt und es hat mich auch angeschissen und ich habe gemerkt, es macht mich auch wütend, dass ich das muss ... ja schon.“

Frau 10 fasste ihre Gefühle zusammen:

„Ich denke, es ist ein Gefühl gewesen von Angst und Respekt, was alles auf mich zukommt und was alles passiert.“

Frau 18 bezog ihre Angst auf die Person der Therapeutin:

„Also einerseits Ängste auch, ist diese Person jetzt die Richtige für mich, also meine grösste Angst ist gewesen, dass das dann dies nicht geht und nicht passt, dass ich dann eine andere Person suchen muss. Und das ist so schwierig, wenn es einem so schlecht geht, nur schon dieser Aufwand zu telefonieren und zu schildern... und auch meine Angst, das dann mehrmals schildern zu müssen, eben wenn die Person dann nicht passt, bis ich dann jemand Richtiger gefunden habe.“

Frau 26 unterschied zwischen somatischen und psychischen Problemen und den dazugehörigen Behandlungen:

„Sehr schwierig, weil das eine ganz andere und neue Ebene war für mich. Mich einzulassen auf so etwas. Wie in eine grosse Welt bin ich gegangen und ich hatte keine Ahnung. Also das Wort Psychologe oder Psychiater oder Therapie - keine Ahnung gehabt.“

Ja. Ich denke. Ja also das finde ich jetzt immer noch schwierig, dass das als krank angesehen wird. Also es ist ja vielleicht eine Krankheit, aber darüber kann man reden. Aber dass es wie nicht gut ist, wenn man das macht. Also wenn man zum Hausarzt geht, das ist alles okay. Aber wenn man in die Psychotherapie geht, dann ist etwas nicht gut. So. Ja, damit habe ich mich auch auseinandersetzen müssen ja.“

Frau 28 fühlte sich unsicher und hatte Angst:

„Ja. So viel Unbekanntes, wo ich auch viel das Gefühl gehabt habe, oh, das ist doch nicht normal, dass man das hat. Also ich habe mich sehr ausgeschlossen gefühlt und sehr einsam auch mit dem. Also ich habe nicht gross darüber reden können. Ich habe das Gefühl gehabt, ja das ist jetzt wirklich etwas Schlimmes, schon auch zeitweise, dass ich das Gefühl gehabt habe, das ist etwas Schlimmes, dass ich das jetzt machen muss. Und ich habe es mir aber auch anders vorgestellt, so viel medizinischer und viel mehr als würde ich zum Doktor gehen irgendwie. Ja. Eine sehr grosse Angst habe ich gehabt ja. Wütend hat es mich nicht gemacht, aber so traurig. Traurig hat es mich gemacht.“

Frau 29 hatte Angst und fügt ihre Wahlmöglichkeit an; sie könnte den Therapeuten auch wechseln:

„Also schon...ich bin verunsichert gewesen. Ich habe auch nicht genau gewusst, was mich da erwartet und wie das dann abläuft und wie das ist und ob mir das gefällt oder nicht. Aber ich habe es dann einfach mal gewagt, ja. Ich habe ja gesehen im Telefonbuch wie viele es gibt und ja, man hätte ja auch wieder wechseln können oder so, wenn es einem nicht gepasst hätte. Ja.

Also auf eine Art ist es eine gewisse Entlastung gewesen. Durchaus. Da nimmt das mal jemand anders in die Hand. Und andererseits hab ich auch Angst gehabt, mein Zeugs auszubreiten vor jemandem, den man gar nicht kennt. Aber ohne das geht es ja nicht.“

Kategorie 3: Entschlossenheit, Erwartung

Frau 3 betonte ihren Wunsch und ihr positives Gefühl:

„Es ist wirklich das Gefühl gewesen, so ich bin jetzt da und ich glaube ich brauche das. Und ich habe ja nicht gewusst, wie das genau ist, aber ich habe einfach gefunden, ich will jetzt das ausprobieren und ich habe eben oft auch gefunden, ich habe ja mal mit Akupunktur angefangen und dann mit Kinesiologie und dann wie heisst es äh Physiotherapie und Stimmtherapie und irgendwann hab ich dann auch gefunden, jetzt habe ich dann genug von all diesen Therapien. Und es hat wie einmal gebraucht, nur noch das machen, nur noch einmal im Monat und so. Und dann habe ich gefunden, ich will jetzt das und ich bin dann eigentlich sehr entschlossen gewesen. Es ist eigentlich eher ein positives Gefühl gewesen.“

Für Frau 5 war alles klar, weil sie die Gegebenheiten einer Therapieaufnahme kannte:

„Also dass ich diese Therapie aufgenommen habe? Nein. Das habe ich ja gekannt und das habe ich gewusst. Da hab ich einen Umgang gehabt damit.“

Frau 8 fand es leichter, weil auch ihre Mutter Psychotherapie gemacht hatte, berichtet dennoch von der Angst und der Erleichterung:

„Hm. Ich glaube es ist für mich kein Problem gewesen, weil das Mami das auch gemacht hat. Es ist gemischt gewesen. (Und jetzt als Sie hierhin gekommen sind? d.V.)

Da habe ich mich schon so fest dran gewöhnt und schon viel mehr akzeptiert als vorher, dass es nicht mehr schwierig gewesen ist. Also das Einzige, was mich gestresst hat, ist gewesen, dass ich alles nochmals erzählen musste, bis man mal irgendwo anfangen kann oder?“

Frau 12 fühlte erst nichts und war dann erlöst:

„Das ist eigentlich ein weder positives noch negatives Gefühl gewesen. Ich habe eigentlich nichts gefühlt. Erst als ich dann Sie gefunden habe, wo ich gewusst habe, ich kann in eine Psychotherapie gehen, dort bin ich unglaublich erlöst gewesen.“

Frau 15 hatte bereits zweimal Therapieerfahrung und wusste dadurch genau, was sie wollte:

„Also dort hat mir schon geholfen, dass ich schon zweimal angefangen habe. Also dann habe ich genau gewusst, was ich eigentlich will oder was ich nicht mehr will. Und das hat dann nicht unbedingt mit dieser Person zu tun, die ich konsultiere, sondern mit mir, was und wie ich das gestalte dort. Also es ist jetzt nicht so ein

Versagen gewesen oder so ein Gefühl gewesen. Schon auch Ängste und jemmers-gott wie läuft dann das dort so schon. Und der Schritt machen hat ein Effort gebraucht so. Aber nicht irgendwie riesen..., nicht riesenüberwinden müssen.“

Frau 24 hatte keine Angst, war jedoch von der Couch ein wenig verunsichert:

„Ich bin einfach...ich habe nicht gewusst, was mich erwartet, weil ich vorher keine Ahnung gehabt habe, ich habe nie mit jemandem geredet, der auch irgendwie in Behandlung gewesen wäre oder so. Und Angst? Nein. Eigentlich nicht. Dass man es selber nicht schafft, das ist vielleicht, das ist aber keine Angst, sich eingestehen, dass man es allein nicht in Griff bekommt, das ist vielleicht nicht angenehm. Oder in dem Loch, in dem man hockt, kommt vielleicht noch ein Deckel dazu oder so. Aber sonst, Angst habe ich keine gehabt. Das Ungewisse, also in den Filmen liegen sie immer und ich weiss noch als ich gekommen bin zuerst habe ich gedacht, was muss ich jetzt dahin liegen oder was? Soll ich hinliegen?“

Frau 27 hatte gute Gefühle:

„Ja. Positive. Also das ist für mich eigentlich positiv gewesen und ich habe einfach gemerkt, ich muss etwas machen, es muss etwas gehen oder?“

A.3.4 Kontaktaufnahme

A.3.4.1 Auffinden unserer Adresse

Kategorie 1: Frauenstelle Telefonbuch

Frau 1 fühlte sich von der Frauenstelle angesprochen:

„Dann habe ich gewusst, da ist kein Bedürfnis und da werde ich keine Hilfe bekommen und dann habe ich im Telefonbuch nachgeschaut und da hat es ja hundert Namen und da ist mir das ins Auge gestochen, Frau ... Frauenstelle, und ich dachte ein Mann versteht das nicht. Und dann habe ich (...), also dann habe ich hierhin angeläutet und (...) ist am Telefon gewesen und ich habe laut hinausgeweint und gesagt ich brauche Hilfe und so bin ich zur (...) gekommen.“

Ausschlaggebend für Frau 2 war die Frauenstelle:

„Vielleicht habe ich, ich glaube ich habe meine Schwester noch gefragt und sie hat gefunden pff das Telefonbuch ist voll und dann habe ich, also was ich gewusst habe ist, was ich will ist eine Frau und dann ist so ... ja dann bin ich ja zu Ihnen gekommen. (...) Frauen - es ist gestanden, Beratung für Frauen. Also im Telefonbuch habe ich geschaut und dann dies. Also ich habe gewusst, ich will eine Frau und auch ein bisschen irgendwo in der Gegend. In der Nähe ein wenig so. Ich denke aber schon, vor allem Stichwort Frauen war wichtig.“

Frau 3 hatte im Telefonbuch nachgesehen und wollte zu einer Frau gehen:

„Also ich habe irgendwie gedacht, ich möchte lieber zu einer Frau gehen. Und dann habe ich da gesehen, da ist gestanden, Frauenberatungsstelle und Obertor und ich habe gefunden, oh, ich will auch nicht nach Zürich, das habe ich jetzt genug gehabt, so eine Therapie, wo ich so lange fahren muss und so. Und da habe ich wirklich aufs Geratewohl dann da angeläutet..“

Frau 5 wollte bei einer Frau sein:

„Ich weiss nur noch, dass ich das Telefonbuch aufgeschlagen habe und jemanden suchte, der mit Frauen schaffte.“

Frau 8 fand, Frauenstelle töne gut:

„Die Vermittlungsstelle hat mir die Nummer der Frauenstelle gegeben, weil ich nur zu einer Frau gehen wollte. Und ich habe gefunden, das tönt noch gut, Frauenstelle als Frau, also Frauen sind hier der Hauptpunkt und ja dann habe ich es probiert und Sie haben grad Platz gehabt und vorher hat eben niemand Platz gehabt, also bei den Frauen.“

Frau 9 hörte auf ihre Freundin:

„Ja der Frauenstelle habe ich angeläutet. Ich habe ja auch nicht gewusst, wo ich anläuten soll. Die Freundin hat mir gesagt, ich solle schauen wegen Frauenstelle, da sei sicher etwas im Telefonbuch und ich solle nach Zürich gehen. Und ich dachte, meine Güte, nach Zürich, das finde ich ja gar nicht. Also wenn's dann da eine Strasse ist irgendwo. Ich gehe nach Winterthur, wenn's das hat hier. Und prompt hat es das gehabt hier!“

Frau 10 schaute im Telefonbuch nach:

„Ich habe gedacht, ich nehme mal das Telefonbuch und schaue mal, was es da so gibt. Und es sind halt ganz viele Adressen drin gewesen und da habe ich mal ein paar rausgesucht, wo ich gedacht habe, ja das könnte noch gut sein. Ja und auf das hin habe ich dann ein paar Leuten angeläutet und geschaut, wie schnell man an einen Termin kommt. Weil in dieser Zeit, als ich das gesucht habe, ist es mir wirklich nicht gut gegangen.“

Frau 12 wählte aus drei Nummern aus:

„Ich habe von meiner Hausärztin eine Telefonnummer bekommen und das ist so eine Koordinationsstelle für freie Psychotherapieplätze. Da habe ich dann angeläutet und gesagt, schauen Sie, meine Situation ist so und so und ich brauche eher heute als morgen, also gestern lieber als heute einen Therapieplatz und dann habe ich Nummern bekommen und dann habe ich einfach wild herumtelefoniert, habe Termine abgemacht für ein Aufnahmegespräch, Erstgespräch, bin dann eben an zwei Gesprächen gewesen, das dritte hab ich dann abgesagt, weil Sie...also ja, mit Ihnen sind es ja drei gewesen und ich hätte dann noch eines gehabt und das habe ich dann abgesagt, weil ich gewusst habe, dass ich hier sein wollte.“

Frau 13 fühlte sich von der Frauenstelle angesprochen:

„Mmh ich habe im Telefonbuch geschaut und dann sprach mich das irgendwie an dann hab ich das erzählt am Telefon und hat man den Termin vereinbart.“

Frau 14 hatte sich nach dem Geschlecht und nach der Nähe der Praxis zu ihrem Arbeitsort entschieden:

„Also gut. Grundsätzlich hab ich mich nun mal nur für Frauen entschieden und habe nur diese rausgesucht. Und wie ich mich dann hier entschieden habe, hat zu tun gehabt, auch mit der Lage, weil es nahe gewesen ist, weil ich ja gewusst habe, dass ich sehr strukturiert lebe, da ist es eben wichtig gewesen, dass ich das grad neben der Arbeit machen kann. Es ist nahe gewesen, es hat zwar jemand anders auch so nahe gehabt. Ja ich weiss auch nicht, warum genau ich mich dann für hier entschieden habe.“

Ja ich habe nur telefoniert und wo ich dann hier hingekommen bin, da ist es mir dann schon zum vorneherein sympathisch gewesen so von der Atmosphäre her und in diesen Räumen und so.“

Frau 15 hatte durch Freundinnen über das Frauenhaus die Adresse bekommen:

„Genau. Dort hat dann, ich habe dann gesagt, gut das mache ich. Und die eine Freundin hat dann gefragt, ob ich jemanden wisse und ich habe dann die andere Freundin gefragt und die hat gesagt, nein in Winterthur wisse sie auch niemanden und dann hat die erste Freundin gesagt, sie frage das Frauenhaus an. Die schafft im Frauenhaus (...) und hat dann das Frauenhaus Winterthur angefragt, was die empfehlen und die haben dann Ihre Adresse gegeben.“

Auch Frau 16 kam über eine Empfehlung, und war von der Frauenstelle angesprochen:

„Eben diese Supervisorin hat mir den (...) empfohlen und der hat mir zwei, drei weitere Adressen angegeben. Und da habe ich ein intuitives Auswahlverfahren gemacht. Ich glaube, er hat mir auch einen Psychiater angegeben, aber der ist in den Ferien gewesen und wo dann das gewesen ist, okay jetzt habe ich da noch zwei andere Adressen, okay, dann probiere ich es hier. Gut, ich habe gewusst gehabt, ich glaube er hat mir alle drei, oder mindestens zwei Namen von hier angegeben gehabt und ich habe gewusst in dem Sinn, dass es eine Fachstelle ist für Frauen und vielleicht hat es das schon ein bisschen beeinflusst. Ich habe ihm zwar ganz klar gesagt, ich hätte nicht das Gefühl, dass es ein frauenspezifisches Problem sei, aber vielleicht hat das dann doch den Ausschlag gegeben so im Sinn von, ja warum probiere ich das nicht?“

Frau 17 schaute im Telefonbuch nach:

„Nein. Ich weiss nicht ... ich habe glaub ich im Telefonbuch nachgeschaut und habe dann die Frauenberatung genommen, oder ob mir jemand den Vorschlag gemacht hat? Nein ich glaube nicht, weil der Arbeitskollege hat mir jemand vorgeschlagen, aber diesen Doktor habe ich gekannt und das wollte ich dann nicht. Ich habe selber im Telefonbuch nachgeschaut und mir ist es auch wichtig gewesen, zu einer Frau zu gehen.“

Frau 18 bekam die Frauenstelle als Empfehlung:

„Ich glaube zuerst hab ich einer Psychologin angeläutet in Winterthur und irgendwie ist die mir nicht so sympathisch gewesen am Telefon und die hat mir dann auch gesagt, ich soll doch herumschauen und die hat mir dann angeraten, mich an diese Frauenstelle zu wenden. Und daraufhin hab ich dann hier angeläutet.“

Frau 24 liess sich von der Schwester helfen:

„Meine Schwester hat es mir im Telefonbuch herausgesucht. Ich weiss nicht...ich glaube es ist über die Frauenstelle gegangen. Sie sind die Erste gewesen, der ich

telefoniert habe. Ich habe Ihnen aufs Band geredet, ich heiße so und so und ich würde gern mit Ihnen reden.“

Frau 25 war übers Telefonbuch zur Frauenstelle gekommen:

„Übers Telefonbuch. Die Frauenstelle hat mich angesprochen. Ich bin da einfach ganz am Anfang etwa 5 verschiedene Leute anschauen gegangen und im ersten Moment habe ich gedacht, ja egal es kommt gar nicht so auf die Person an, sondern ich muss jetzt einfach irgendetwas machen und nachher bin ich dann schon mal bei ihr gewesen und dann hat sich das mit der (...) eigentlich überschritten und dann bin ich dann dort eigentlich wirklich mal gelandet und bin dann im Nachhinein, wo das abgeschlossen gewesen ist, auf sie nochmals zugegangen. Es ist dann wie auch natürlich ein Riesendschungel, ein Riesenangebot und wo soll ich hingehen und nach einem Gespräch ist es schwierig gewesen für mich, zu entscheiden ja da bleibe ich jetzt. Ich habe dann wirklich gefunden, ja ich könnte überall anfangen. So grad nach der ersten Stunde, so im Nachhinein merkt man es dann schon, so dort möchte ich jetzt nicht mehr hingehen, das ist noch gut so rausgekommen dann.“

Frau 28 war die Frauenstelle ins Auge gefallen:

„Ja das ist eigentlich mehr oder weniger auch Zufall gewesen, weil ich das Telefonbuch aufgemacht habe und einfach geschaut habe, was gäbe es hier, und da ist mir einfach die Frauenstelle ins Auge gefallen und darum habe ich hier angeläutet.“

Frau 30 fand die Frauenstelle vertrauensserweckend:

„Ja. Ich habe im Twixtel nachgeschaut unter psychologische Beratung. Das war Zufall. Ich habe keine Empfehlung gehabt. Ich wusste einfach, so in der Stadt Winterthur oder Umgebung, aber das ist wirklich Zufall gewesen. Also was wirklich wichtig gewesen ist, dass es diese Frauenstelle war, das hat mir Vertrauen irgendwie gegeben.“

Kategorie 2: Empfehlung

Frau 4 hatte eine Empfehlung von zwei Personen:

„Durch eine Empfehlung eigentlich; die Gynäkologin und durch auch durch eine Bekannte.“

Frau 11 bekam die Adressen vom psychologischen Dienst der Uni:

„Dieser Unipsychologische Dienst hat mich dann eigentlich weitergeleitet. Also ich habe dann zwei Namen bekommen, der von der Frau X (...) und noch ein anderer, aber der ist für mich geografisch nicht so gut gelegen und daher habe ich es dann zuerst hier versucht.“

Frau 19 bekam eine Empfehlung:

„Das ist durch den Psychiater (...) geschehen, das ist eine Empfehlung gewesen von ihm.“

Frau 20 war über die Vermittlungsstelle gekommen:

„Über die Vermittlungsstelle. Und ich habe eine Frau gewollt. Weil der Hausarzt, das hat mir auch meine Tochter geraten, der Hausarzt hätte schon jemand gehabt, aber sie hat gefunden, mit einer Frau kann man besser über alles das reden.“

Auch Frau 22 hatte eine Empfehlung:

„Also einerseits eine Freundin und andererseits die Gotte von meinem Sohn, die hat mir Frau X (...) empfohlen. Und so bin ich dann hier gelandet. Ich habe eben Frau (...) telefoniert und da meine Freundin bei ihr ist, hat sie gesagt, das gehe nicht, mich aber an Sie weiterverwiesen und ich glaube, Sie haben mir damals zurückgerufen und eben ganz schnell konnte ich dann zum Erstgespräch kommen. Ich bin froh gewesen, dass es so schnell gegangen ist und es ist auch nötig gewesen.“

Frau 23 wollte eine Psychoanalyse machen:

„Also eben. Einerseits habe ich schon aus eigenem Leiden heraus eine Analyse wollen und andererseits wollte ich einfach eine Lehranalyse haben. Also ich habe dem PSZ telefoniert und suchte eine Lehranalytikerin in Winterthur und da haben sie mir Adressen gegeben und so habe ich dann Frau (...) angerufen und so bin ich mal hierhergekommen und dann hab ich hier angefangen.“

Frau 26 kam über die Vermittlungsstelle zu uns:

„Durch die Vermittlungsstelle.“

Der Hausarzt von Frau 27 hatte ihr drei Adressen gegeben, sie hörte dann jedoch auf ihre Freundin:

„Und dann bin ich zuerst zum normalen Arzt gegangen und habe eigentlich gewollt, dass er mich krank schreibt, dass er mich mal freistellt also auch von zuhause, von der Familie, weil ich habe das irgendwie fast nicht mehr ausgehalten und dann hat er aber gesagt, es täte ihm leid, aber pathologisch liege nichts vor, er könne mich nicht krank schreiben, aber er würde mir empfehlen, Psychotherapie zu machen, also er hat mir dann eigentlich dazumal drei Adressen von Psychiatern gegeben und ich habe dann eine Freundin, ich weiss nicht, ob Sie sie auch kennen, (...), die habe ich gefragt ob sie die kenne und sie hat mir dann dieses Büchlein gegeben, wo Sie wahrscheinlich auch drin sind und dann bin ich so zur Frau X gekommen. Mhm.“

A.3.4.2 Gefühle bei der ersten telefonischen Kontaktaufnahme

Kategorie 1: Betonung der Schwierigkeit

Frau 7 empfand Angst und gleichzeitig Druck:

„Hm. Ja ich habe den Schlotteri gehabt, ich habe uhuere Schiss gehabt anzuläuten und gleichzeitig hat es so geschoben hintendran bei mir, dass ich gewusst habe, jetzt musst du es machen. Ja.“

Frau 8 fand es mühsam:

„Ja. Es ist vor allem einfach mühsam gewesen, weil ich immer wieder das gleiche sagen musste, immer wieder mich zusammennehmen und immer sagen müssen uhhmm.... und immer wieder sagen, ja woher haben Sie denn die Nummer, ja von dort aha und dann der Termin und so. Es ist einfach mühsam gewesen.“

Frau 9 wusste nicht, ob ihr Problem gross genug wäre, sie vermischt Wohlstand mit psychischer Gesundheit:

„Ja. Es ist für mich eine hohe Schwelle gewesen, weil ich das Gefühl gehabt habe, mein Problem ist nicht wichtig für andere, weil, wenn man manchmal sieht, wie es Leute gibt, die auf dem Existenzminimum leben ... die haben ein Problem, die haben wahrhaftig ein Problem. Aber ich? Ich habe ja alles!“

Frau 11 wusste es gar nicht mehr so genau:

„Ach ich erinnere mich gar nicht mehr genau. Aber für solche Sachen glaube ich, so wie ich mich kenne, habe ich schon eine gewisse Hemmschwelle.“

Frau 10 war geschockt:

„Aber ähm das erste Telefon ist fast ein wenig schockierend gewesen. Es ist so irgendwie so kalt gewesen, so ... kalt. Wenn Sie jeweils das Telefon abnehmen: und dann wenn Sie in einer Therapie sind dann ist es so, so monoton, ich weiss es nicht, nicht so wie wenn eine private Person das Telefon abnimmt, es ist so anonym. Und das habe ich sehr kalt gefunden und ich habe gedacht, hoppla! Ja es ist komisch halt, weil allgemein ist mir das aufgefallen, das wird so ein wenig anonym gemacht.“

Frau 12 fand es einfacher, den Beantworter vorzufinden:

„Ich habe den Beantworter gehabt und ich bin auch sehr froh gewesen. Weil äh es ist doch viel einfacher einer Maschine schnell etwas zu sagen als einem Menschen. Also ich bin eigentlich wie froh gewesen, dass es nicht grad ernst gegolten hat.“

Frau 13 fand es das erste Mal schwer:

„Also das erste Mal in (...), das war schwer. Wenn ich das angesprochen habe, bin ich immer grad in Tränen ausgebrochen irgendwie und hier ich weiss gar nicht, wie das hier war. Ich kanns gar nicht sagen.“

Frau 14 fand es schwierig:

„Also es ist schon schwierig gewesen, wobei ich muss dazu sagen, ich tue mich sowieso schwer mit Telefonieren. So von daher, aber es ist natürlich schon besonders schwer gewesen, eben da diese Hilfe da ...ja.“

Frau 16 brauchte Überwindung:

„Überwindung glaube ich hat es nach wie vor gebraucht, nicht so viel Überwindung wie damals das Telefon an Dr. X, und es hat auch nicht mehr so viel Überwindung gebraucht wie es wahrscheinlich noch ein paar Monate früher gebraucht hätte, es ist wirklich schon ein innerer Prozess gewesen, der schon abgelaufen ist, wo sich entschieden hat, jetzt probier ich das mal. Vielleicht nützt es ja etwas. Aber es ist sicher nicht so gewesen, dass ich jetzt da dies als Erleichterung empfunden hätte, so ah jetzt ist dann jemand da, der mir hilft, das ist es auch nicht gewesen. Es hat also schon immer noch auch Kraft gebraucht zum sagen, ich habe,

natürlich auch das Schwierigste ist gewesen zum sagen, ich habe ein Problem, es stimmt etwas nicht.“

Frau 20 brauchte Mut:

„Ja. Irgendwie hat es schon noch ein wenig Mut gebraucht. Ich habe ja von dieser Frau X drei Nummern gehabt und sie hat gesagt, ich solle mit allen drei abmachen. Ich habe allerdings dann nur mit zweien ein Gespräch gehabt. Ein anderes war noch in der Stadt unten, aber ich habe mich dann bei Ihnen einfach wohler gefühlt.“

Auch Frau 23 brauchte Mut, die Analyse als Ausbildungsstück machen zu müssen, linderte die Beschämung:

„Das hat schon sehr viel Mut gebraucht und ich bin dann also schon noch froh gewesen, dass ich sagen konnte, ich möchte dann auch eine Lehranalyse machen, weil dann das Beschämende so ein bisschen weg gewesen ist, von der Angst oder, ich habe dann ein wenig so unter dem Vorwand anläuten können und dadurch ist es mir auch besser gelungen zum Telefonieren.“

Wie Frau 12 fand Frau 24 erst den Moment des direkten Kontakts am Telefon schwierig, auch sie empfand Scham, sobald es verbindlicher wurde:

„Nein es ist dann schwierig gewesen, als Sie mir zurückgerufen haben. Das ist irgendwie ganz komisch gewesen. Weil dort ist es ein wenig peinlich gewesen, nicht im Sinn von...dort ist eigentlich erst das gekommen: weil Sie mir anläuten, weil ich Hilfe von Ihnen brauche, das ist erst dann mir bewusst geworden, dass Sie mir anläuten und dass wir etwas abmachen und so. Das ist schwieriger gewesen für mich als, da ist es auch im Bauch anders gewesen. Jetzt wird's ernst, jetzt läuten Sie mir an und jetzt „müssen“ wir etwas abmachen.“

Frau 28 zögerte den Anruf hinaus:

„Ich glaube so am Schluss habe ich es einfach gemacht, weil ich gewusst habe, jetzt muss ich. Also es ist mir irgendwie nicht so leicht gefallen, aber ich wusste ich muss, darum habe ich es einfach auch gemacht. Also ich habe es vielleicht auch immer herausgezögert bis zu einem Punkt, wo ich gewusst habe, ich muss es machen.“

Kategorie 2: Betonung der Bewältigungsstrategien

Frau 1 hatte das Telefonieren nicht schwierig gefunden, was mit ihrer Berufserfahrung zu tun habe:

„Ich habe viel mit fremden Leuten zu tun. Also auch im Beruf. Nein das denke ich hat auch mit meinem Beruf zu tun, dass ich da nicht Mühe habe, so etwas zu machen.“

Frau 2 versuchte es als eine geschäftliche Aufgabe anzusehen:

„Wahrscheinlich ... so Telefone machen ist sonst so etwas, was ich mir vornehme und dann mach ich die Telefone. Ich weiss nicht mehr, ob ich zuerst den Beantworter gehabt habe, aber ich glaube eher nicht. Weil das macht mich jeweils hässig, wenn ich mir gewisse Telefone vornehme und dann möchte ich es hinter mich

bringen, es ist dann so etwas, was ich erledigen möchte und wenn ich dann nicht durchkomme oder so, aber es ist wie so halt ein formelles oder geschäftliches Telefon.“

Frau 3 betonte ihren Wunsch:

„Nein, das ist schon gut gegangen. Also es ist mir auch so klar gewesen, dass ich das jetzt so will.“

Frau 6 war entschlossen:

„Ich war dann entschlossen. Also das war eher erleichternd gewesen. Es hat dann schon noch ein wenig Überwindung gebraucht aber eigentlich im Grossen Ganzen bin ich eher erleichtert gewesen, ich war entschlossen, das zu machen und es ist mir wurst gewesen, was meine Mutter dazu sagte. Ja.“

Frau 15 fand es einfach:

„Ich glaube, ich habe einfach angeläutet und gesagt, dass ich interessiert sei und dann haben wir etwas abgemacht.“

Frau 17 hatte gute Erinnerungen:

„Ich mag mich nicht mehr genau erinnern, wie es gewesen ist. Ich weiss auch nicht mehr, mir kommen noch relativ schnell die Tränen. Aber ich glaube, damals habe ich das sachlich und ohne Tränen sagen können am Telefon. Also ich habe gute Erinnerungen daran.“

Frau 19 hatte zwar die Zeit bis zur Entscheidung schwierig gefunden, den Akt des Handelns jedoch nicht mehr:

„Das ist nicht so eine Sache gewesen. Das ist vorher jeweils, bis ich dann den Telefonhörer in der Hand habe, schon eine Sache, ein paar Mal habe ich gedacht jetzt läute ich an und nein ich machs jetzt nicht und warte noch ein wenig, aber im Moment, wo ich das entschieden habe, ist das gut gegangen.“

Frau 25 hatte sich erleichtert gefühlt, etwas unternehmen zu können:

„Nein. Ich habe das schon ... es ist etwas, was ich wieder machen konnte. Sobald ich etwas unternehmen und machen konnte, ist es mir schon wieder ein wenig besser gegangen. Und ich habe dann gefunden, sie ist die Fachfrau und ...nein, da habe ich keine Mühe gehabt.“

Frau 26 wählte aufgrund der Stimme aus:

„... und jetzt habe ich da diese Vermittlungsstelle angerufen und diese Frau hat mir glaub ich zwei Männer und drei Frauen angegeben, weil bei mir war das immer noch nicht so ganz klar, ob ich jetzt unbedingt eine Frau oder unbedingt einen Mann wollte. Ich habe allen angerufen und ich habe gewusst, bei allen komme ich an den Telefonbeantworter und da hab ich grad krass rausgestrichen, nein bei der und bei dem gehe ich nicht. Ich habe also nur auf die Stimme geachtet, ja.“

Auch Frau 27 hatte auf die Stimme geachtet:

„Nein. Also zuerst habe ich einer anderen Frau angeläutet, die ist so ein bisschen älter gewesen, der Stimme nach. Die hat mich noch interessiert so von dem, was sie angeboten hat, Gestalttherapie glaube ich war das. Und dann ist der Beantworter gekommen und eben die Stimme hat mir nicht so gefallen. Und ich habe

dann der (...) angeläutet und die war dann grad da und daher habe ich dann der anderen gar nicht mehr zurückgeläutet.“

Frau 29 erinnerte sich genau an das erste Telefon, sie fand es nicht so schwer:

„Die Frau X ist grad am Telefon gewesen und sie hat gesagt, sie sei grad in einer Stunde und dann und dann täten Sie zurückläuten. Die Kollegin würde zurückläuten etwa um die vier oder so sagte sie. Ja. Es hat schon ein wenig Überwindung gebraucht. Aber so schamper schwer hab ich es auch nicht gefunden. Also...ja. Eigentlich habe ich es nicht so schwer gefunden.“

Frau 30 half die Gewissheit, dass sie auch absagen könnte, falls es ihr nicht gefallen würde:

„Ja. Das war eigentlich schon eher einfach. Ich dachte einfach, ich schaue jetzt mal und ja, eigentlich schon, also eben ich versuchs mal und ja ... darum wars nicht so schwer. Also wenn ich jetzt das negativ empfunden hätte das erste Mal, dann hätte ich auch gesagt okay, das wars ja. Und darum auch nicht das Gefühl, ich müsse mich jetzt weissgott nicht wie verpflichten bei diesem ersten Anruf ja.“

Kategorie 3: Weiss nicht

Frau 5 weiss es nicht mehr:

„Das weiss ich nicht mehr, ich weiss noch den Ort, wo es gewesen ist.“

A.3.4.3 Gefühle nach dem telefonischen Erstkontakt und vor dem Erstgespräch

Kategorie 1: Ängste

Frau 1 war erleichtert, schnell kommen zu können. Sie berichtet von Ihrer Angst, die Therapeutin könnte sie abweisen:

„Ich glaube ich habe schon ganz schnell gehen können. Ich glaube ich habe schon am nächsten Tag gehen können. Wenn Frau X gesagt hätte, in drei Wochen dann, dann hätte ich Stress gehabt. Aber sie hat geschaut, und das sage ich jetzt, das ist ganz wichtig gewesen für mich, dass ich ganz schnell kommen konnte. Und dann ist es einfach eine abwartende Sache gewesen. Und ich glaube schon, ich bin dann ruhiger gewesen, weil ich gewusst habe, jetzt kann ich dahin gehen und das erzählen und Hilfe holen. (...) Sicher bin ich gespannt gewesen. Und Frau X hat auch relativ schnell gesagt, wir schauen uns erst einmal an, um zu sehen, ob sie weitermachen will mit mir oder nicht. Auch ich, ob ich mit ihr weitermachen will oder nicht. Und dann ist natürlich die Angst, ja sie sagt, Sie sind so ein schwieriger Fall, Angst, dass Sie mich zurückweist, Sie sind so schwierig, so verkehrt, mit Ihnen kann ich nicht schaffen. Aber als ich nachher bei Frau X gewesen bin und

sie kennengelernt habe, ist dann vielleicht der Rest weg gewesen, dass sie mich nicht mehr will oder dass sie findet, sie könne mit mir nichts anfangen.“

Frau 6 kam in Konflikt mit ihrer Mutter:

„Das ist noch schwierig. Eine Angst, die ich gehabt habe voraus ist, dass ich dachte, schadet das wohl der Beziehung zu meinem Mann? Also einfach von meiner Mutter her, die sagte immer, da macht man quasi etwas kaputt und es ist ein Risiko, so etwas zu machen.“

Frau 7 befürchtete, abgewiesen zu werden:

„Eher hoffnungsvoll denke ich, und ich habe natürlich schon Ängste gehabt, einerseits zu kommen mit dem Zeugs, das da bei mir ist, wo ich ja selber nicht gewusst habe, was es eigentlich ist, ein Chaos war das einfach. Und obwohl ich mir ja das ausgesucht habe und jede Stunde bezahle ... äh das Gefühl hatte ich bin zuviel mit dem. Ja wie soll ich sagen, eben ich bin so gestört, dass ich nicht mal dann das Gefühl gehabt habe, jetzt darf ich kommen mit dieser Ware, ich darf jetzt einfach dahin kommen, sondern dass ich dachte, sie meint auch, ui nein diese Frau 7 ist also ziemlich hinüber oder. Ja das ist wirklich furchtbar.“

Frau 9 bemerkte eine Verschiebung der Angst:

„Also ich habe es kaum erwarten können. Ich bin richtig kribbelig gewesen. Ich habe gedacht, ja Himmel, und ist mir diese Frau denn sympathisch? Ja kann ich einfach drauflosreden? (...) Aber irgendwie ist diese Türe aufgegangen und diese Türe ist zugewesen und irgendwie, es ist keine Minute vergangen, habe ich alles herausgeplatzt und ich habe gedacht, ich werde nie fertig. Die Angst hat sich verlagert. Die Angst war dann nicht mehr uii ich muss dorthin, sondern uii wenn das jemand erfährt!“

Wie Frau 1 hatte auch Frau 12 Angst, von der Therapeutin zurückgewiesen zu werden:

„Ja das ist auch irgendwie so mulmig...so Spannungen habe ich gehabt. Eben diese Frage: Kann ich mich da wohlfühlen? Es ist sogar noch weiter gegangen, von der Stimme her am Telefon habe ich das Gefühl gehabt: ja. Es ist einfach so etwas gewesen, das gesagt hat: ja! Und dann eben diese Angst: Hoffentlich kann ich da und hoffentlich hat sie Zeit und will auch mit mir Therapie machen. Also es würde sich dann herauskristallisieren, dass es eigentlich für Sie nichts ist aber ich würde eigentlich gern so ... das ist eine recht grosse Angst gewesen so, wie so blindatemässig so.“

Frau 15 betonte ihren Wunsch nach einem Gespräch mit gleichberechtigten Partnern:

„Ich habe sicher nicht so eine einseitige Therapieform gewollt, also dass von Ihnen nie etwas käme, so die klassische Analyse, wo dann alles auf mich reflektiert wird, immer immer immer. Das wollte ich nicht und das habe ich auch grad am Anfang gesagt. Also dass Sie Analytikerin sind, das finde ich eher negativ, das vorneweg. Und ich habe schon gewusst, dass ich souverän sein werde in dieser Situation, also wenn das nicht stimmt für mich, dann werde ich nicht bleiben und suche jemand anderen, so.

Und der Eindruck von Ihnen ist ja sehr wichtig gewesen, was mit wichtig gewesen ist, dass es ein egalitärer Touch hat in dem Ganzen. Also ich hätte jetzt nicht zu jemandem gehen wollen, wo ich das Gefühl hätte, die weiss es und ich bin die, die nichts weiss, so ein wenig das.“

Frau 16 war zwiespältig:

„Ich würde sagen, gleich wie vorher. Nicht dass ich, weil ich den Termin gehabt hätte, erleichtert gewesen bin oder bin ich belasteter gewesen. Ja, die Belastung ist etwa gleich gewesen wie vor dem Termin auch. (...) Auf die eine Seite skeptisch, halt wirklich aus dem, wo ich denke, habe ich mitbekommen von zuhause, mal sehen, ob das wirklich etwas bringt. Auf die andere Seite, mal sehen, vielleicht wird das alles wieder gut nachher.“

Frau 17 war unsicher:

„Eben. Komisch. So ein wenig unsicher war ich, wie soll ich mich verhalten?“

Frau 19 hatte klare Vorstellungen zur abstinenter Haltung der Therapeutin:

„Ja ich habe sicher die Erwartung gehabt, dass wir einen guten Draht haben zueinander und ich habe die Erwartung gehabt, dass Sie hoffentlich nicht jemand sind, der mir grad erzählt, was Sie alles machen und der mich grad belädt mit Ihren persönlichen Sachen“.

Frau 20 war froh, schnell einen Termin zu haben:

„Also ich bin mal froh gewesen, dass ich schnell kommen konnte. Und eben ich weiss nicht, wie so eine Gesprächstherapie abläuft, und Sie haben dann gesagt, genau so, wir reden miteinander. (...) Ja skeptisch schon auch. Aber das Hoffnungsvolle hat überwogen. Aber ich war schon auch etwas ängstlich und so.“

Frau 23 fand es mühsam:

„Das ist sicher mühsam gewesen und hat mich Überwindung gekostet.“

Frau 24 hatte Respekt:

„Das ist komisch gewesen, ich habe immer gedacht, was soll ich ihr erzählen? Wo liegt mein Problem? Wo fange ich an? Weil, ich habe ja selber nicht gewusst, wo meine Ursache liegt, dass ich das so durchgezogen habe bis dann. Und ich habe ja auch nicht gewusst warum dass es mir...doch ich habe schon gedacht, ich wisse, dass es mir so schlecht geht aus dem Grund was ich da alles gemacht habe vorher. Das ist der Grund, warum es mir so schlecht geht. Ich habe mich gefreut hier herzukommen aber es ist auch ein komisches Gefühl gewesen. Dann ist man doch nicht so überzeugt und wo fange ich überhaupt an und so. Ja was muss ich dann erzählen und wie geht es da zu und her? Einfach das Ungewisse und der Respekt, also nicht der Respekt, aber ja.“

Frau 26 empfand Erleichterung, Hoffnung und Angst:

„Also einerseits Erleichterung, dass ich zu einer ersten Gesprächsstunde gehe und auch ein bisschen äh ... also vielleicht wie voller Hoffnung und auch um Gottes Willen ich hoffe, dass es klappt, weil das ist ja viel Arbeit, in zwei drei Stunden herausfinden, ob das geht oder nicht. Und für das habe ich Angst gehabt, nach zwei Stunden vielleicht herauszufinden, es geht nicht. Und dann wieder zu jemand anderem zu gehen und da dann auch merken, es klappt nicht ganz. Für das hab ich wirklich Angst gehabt. Und ich denke, dort bin ich für mich selber sehr ... dann hör ich auf meine Intuition, eben mit so einem Telefon, wie ist die Stimme jaja das kann ich mir vorstellen. Anruf und dann schauen, so, ja.“

Frau 27 hatte Angst, von der Therapeutin ausgenutzt zu werden:

„Was ich noch weiss, und das habe ich auch zu der Frau X gesagt, dass ich nicht im Sinn hätte, da jahrelang Therapie zu machen. Da war grad dieser Bericht im Tagi-Magi über Psychotherapie und ja ich habe ... ich bin ja selber nicht negativ eingestellt zur Psychotherapie, aber ich habe einfach gedacht, ich will nicht irgendwie, dass ich jetzt in Psychotherapie gehe und die Therapeutin hat dann das Gefühl, sie könne mich jetzt jahrelang quasi als Klientin anschauen und dann habe ich das grad am Anfang klargestellt, dass ja, dass ich das dann nicht will. Ich habe gefunden, auch vom Kostenpunkt her, es ist, obwohl ja die Krankenkasse etwas zahlt, es ist doch happig, was man da hinlegt.“

Frau 29 betonte die Angst:

„Ja das ist noch schwierig zum sagen im Nachhinein. (...) Ich würde sagen ziemlich erwartungsvoll so. Also ich habe natürlich schon so ein wenig Angst gehabt. Aber ich habe ja auch Erfahrung gehabt mit dieser Angst zu leben und bis zu einem gewissen Grad auch überspielen zu können. In gewissen Situationen musste ich das ja immer machen und dies war auch so eine Situation, wo man das dann einfach macht, weil man das Gefühl hat, das sei jetzt richtig und das müsse jetzt sein oder. Und wenn man immer der Angst nachgibt, dann kommt auch nirgends hin oder.“

Kategorie 2: Erleichterung

Frau 2 war vertrauensvoll und positiv eingestellt:

„Ich würde jetzt sagen, ich bin eher so vertrauensvoll gewesen. Also ich habe ja auch grundsätzlich eine positive Einstellung zu dem gehabt.“

Frau 3 war froh, schnell einen Termin zu bekommen:

„Also ich bin einfach uhfroh gewesen, dass ich dann eben, weil ja die erste gesagt hat sie habe erst im Januar wieder einen Termin frei, und ich habe gefunden uäh und ich habe gedacht, das sei bei allen so und ich müsste vielleicht da ein paar Monate warten oder so und da bin ich eigentlich eher positiv überrascht gewesen und da bin ich eigentlich uhfroh gewesen, ich bin schon ein bisschen gespannt gewesen, wie das wohl ist. Aber ich war einfach froh, dass es jetzt anfangen kann und ich schauen kann, wie das ist.“

Frau 8 war hoffnungsvoll:

„Also ich könnte mich jetzt nicht erinnern, dass ich negative Gefühle gehabt hätte, eher erwartungsvoll und hoffnungsvoll.“

Frau 13 hatte bereits Therapieerfahrung:

„Also ich dachte, hier ist es jetzt wieder etwas anderes. Es war nicht so hoffnungsvoll, wie das in (...) am Anfang war, dass ich dachte, so ich geh da ganz neugeboren wieder heraus so, das war da nicht der Fall. Und wir haben das in (...) dann beendet und es ist besser geworden, auch weil ich viel dann auch mit meinem Freund dann besprochen habe und das schon, sich dadurch schon einiges verbessert hatte so. Also ich war schon eher schon vertrauensvoll und hoffnungsvoll wie ich war. Ich dachte, es ist was anderes, ich probiere es anders nochmals mit

dem Problem, mit einer anderen Therapeutin und die hat vielleicht andere Möglichkeiten und andere Ideen.“

Frau 14 war ebenfalls hoffnungsvoll:

„Jetzt weiss ich’s wieder, ich habe Sie grad am Telefon gehabt, aber Sie sind grad in einer Sitzung gewesen und Sie mussten mir dann zurückkläuten. Und bis Sie mir dann zurückgeläutet haben, bin ich so nervös gewesen und ich habe mir überlegt, was ich da sagen soll und das ist mir so durch den Kopf gegangen und als Sie angeläutet haben, ja dann haben wir einen Termin abgemacht. Ja und das ist schon mal eine Erleichterung gewesen, das auf alle Fälle. Also ich war eher hoffnungsvoll für diese erste Begegnung.“

Frau 21 wollte etwas herausfinden und der Therapeutin vertrauen können:

„Mein Wunsch ist einfach gewesen, dass ich herausfinden kann, durch was diese Probleme entstanden sind, dass ich Ihnen vertrauen kann und ja dass ich wirklich auch Fortschritte mache in der Therapie.“

Auch Frau 25 empfand eher Neugier und erinnerte sich, dass sie es war, die entscheiden würde:

„Ich bin eigentlich gespannt gewesen und zwar positiv, also nicht negativ, wie ist das wohl, sondern ... weil ich habe ja immer das Gefühl gehabt, ich entscheide ob ich da gehe oder nicht. Und ich kann jederzeit wieder abbrechen, also dort ganz am Anfang sowieso. Ist eigentlich eher so ein Gwunder gewesen. Ja so Neugierde, so wie, ich bin ja da in Zürich schon bei zwei, dreien gewesen und dann ist das nicht das allererste ...nein das habe ich nicht belastend gefunden. Da bin ich eher einfach gespannt gewesen, aber eher auf der positiven Seite.“

Kategorie 3: Weiss nicht mehr

Frau 5, Frau 10, Frau 11 und Frau 18 wussten nicht mehr, wie ihre Gefühle im Vorfeld waren.

A.3.4.4 Gefühle unmittelbar vor der ersten Begegnung

Kategorie 1: Erwartung, Nervosität oder Therapeutin wichtig

Frau 2 fühlte sich nicht wohl:

„Und im Wartezimmer ja ... so wie man halt... das ist schon so wie an einem unbekannten Ort, da ist einem nicht grad so wohl. Ich weiss auch, dass ich am Anfang immer auf dem anderen Sofa gesessen bin als ich jetzt sitze. Ich weiss nicht wieso. Ich frage mich manchmal, wieso sitze ich hier und wieso gehe ich in diese Ecke und nicht in die andere ... und ich weiss es natürlich jeweils nicht, aber ich weiss, dass ich immer auf dem Sofa gesessen bin und auf einmal hat mir der Sessel besser gefallen. Hat wohl etwas mit der Selbstverständlichkeit zu tun, hierhin zu kommen.“

Frau 5 erinnerte sich an die erste Begegnung mit der Therapeutin:

„Es hat kein Wartezimmer gegeben damals. Aber ich weiss noch meine erste Begegnung. Sie ist da gekommen im Gang und ich habe sie, wie das damals mein Umgang war, geduzt, und sie hat sich ganz deutlich abgegrenzt und hat gesagt, grüezi Frau ...5... und so ... also sie hat sich abgegrenzt, das ist so mein erster Eindruck gewesen.“

Frau 8 bemerkte, was ihr gefiel und was nicht:

„Ich habe gedacht, das ist noch ein guter Platz da. Also vom Weg her, ist nahe von mir und so und ist gut, dass es in Winti ist. Und dann der Wasserspender oder wie man dem sagt, ich habe auch so was zuhause, das find ich noch schön, das beruhigt irgendwie. Ja ich habe einfach solche Gedanken mir gemacht. Einfach so, das ist was mir jetzt in den Sinn kommt und dass mir diese Korbstühle überhaupt nicht gefallen und dass sie unbequem sind. Ja und was kommt wohl, wie ist die wohl und so?“

Frau 11 versuchte, sich auf das Ungewisse einzulassen:

„Vielleicht versucht, so eine Einstellung zu suchen, mal schauen, wie es wird ... sich ein bisschen aufs Ungewisse einlassen und hoffen, ja, es sei nicht so unangenehm wie es diese ersten ... ich habe ja schon mal diese Erfahrung gemacht und habe es eigentlich unangenehm gefunden, weil ich mich so ein bisschen gefühlt habe ...wie soll ich sagen ... es sind so Sachen hervorgekommen, wo ich dann wieder Wochen zwischen, also zum nächsten Termin, habe ich dann darunter gelitten unter diesen Gedanken, die mir hängen geblieben sind. Ja ich weiss auch nicht, ob es nicht der richtige Moment gewesen ist oder nicht die richtige Person irgendwie hat mir das dort nicht gepasst und hier habe ich das nie gespürt.“

Frau 12 war nervös:

„Jaaa. Da bin ich uhnervös gewesen. Jetzt geh ich dann hinein und uiii was soll ich da erzählen? Und in diesem Moment war dann mein Hirn ganz leer und ich habe gehofft, dass Sie ganz viele Fragen stellen, wo ich einfach drauf antworten kann und da bin ich auch froh gewesen. Also ich bin schon sehr nervös gewesen irgendwie.“

Frau 13 hatte sich vorbereitet:

„Das ist eigentlich ... da kann ich sehr gut alles unterdrücken und verdrängen so oder wegschieben und dann wenn mich jemand drauf anspricht oder wenn ich jemandem gegenüber sitze, dann geht es wieder los, oder dann beschäftige ich mich damit. Ich bin auch so, dass ich dann nicht immer so da drüber nachdenke oder so. Dass ich in bestimmten Situationen denke, wo ich dann unzufrieden bin. (...)Ich glaube schon ich habe mich ein bisschen vorbereitet, was möchte ich dann ansprechen und so.“

Frau 16 fühlte sich allein:

„Ich weiss noch wie es gewesen ist, als ich hier hereingekommen bin, so leer, so allein, so niemand herum, da im Wartezimmer“.

Frau 21 ging es schlecht:

„Da ist es mir dann recht schlecht gegangen. Weil ich habe ja gewusst, jetzt muss ich über meine Probleme reden und jetzt darf ich über meine Probleme reden und

dort ist einfach wie alles raufgekommen, das weiss ich noch. Und als wir dann die Stunde gehabt haben, habe ich weinen müssen und da ist es dann wirklich grad ein wenig heftig gewesen.“

Frau 24 beschäftigte sich mit der Frage, was sie erzählen sollte:

„Das ist komisch gewesen, ich habe immer gedacht, was soll ich ihr erzählen? Wo liegt mein Problem? Wo fange ich an? Weil, ich habe ja selber nicht gewusst, wo meine Ursache liegt, dass ich das so durchgezogen habe bis dann. Und ich habe ja auch nicht gewusst warum dass es mir...doch ich habe schon gedacht, ich wisse, dass es mir so schlecht geht aus dem Grund was ich da alles gemacht habe vorher. Das ist der Grund, warum es mir so schlecht geht. Ich habe mich gefreut hier herzukommen aber es ist auch ein komisches Gefühl gewesen. Dann ist man doch nicht so überzeugt und wo fange ich überhaupt an und so. Ja was muss ich dann erzählen und wie geht es da zu und her? Einfach das Ungewisse und der Respekt, also nicht der Respekt, aber ja...“

Frau 26 konzentrierte sich auf die Therapeutin:

„Ja. Das geht weiter so, ist das die Richtige oder nicht und hoffentlich klappt das.“

Frau 28 empfand es unangenehm:

„Ja, das ist irgendwie auch unangenehm gewesen, weil ich habe nicht gewusst, was auf mich zukommt.“

Frau 29 war nervös:

„Ja. Da war ich aufgeregt und nervös. Aber sonst...es hat mich noch gewundert dieses kleine Wartezimmer. So von Arztpraxen ist man sich ja anderes gewöhnt oder. Da hat es dann zehn Stühle und so...“

Frau 30 verglich mit der Wartesituation beim Zahnarzt:

„Ja. Also irgendwie so wie beim Zahnarzt. Also es ist schon so: Was kommt? Wen erwarte ich? So - okay - so ein Warten einfach.“

Kategorie 2: Freudig aufgeregt, angenehme Gefühle

Frau 3 war nicht ängstlich:

„Eben auch nicht ängstlich oder so, eher so ein wenig so erwartungsvoll und oh was passiert jetzt wohl, aber nicht irgendwie ängstlich oder so. Aber ich bin mir diese Situation natürlich auch schon langsam gewöhnt gewesen, zum ersten Mal bei irgendeinem Therapeuten sein und zum ersten Mal erzählen, wie und was überhaupt ist. Das kannte ich schon.“

Frau 9 verglich wie Frau 30 mit der Wartesituation beim Zahnarzt:

„Ja. Es ist mir vorgekommen wie beim Zahnarzt. Ich dachte ich warte auf den Zahnarzt. Aber das Bild mit den vielen Farben da, da hab ich schauen und schauen und schauen können. Und ich bin ja immer überpünktlich und da habe ich in meiner Confiserie geschafft und konnte natürlich genug früh weg und daher bin ich eine Viertelstunde zu früh hier gewesen und habe eine Viertelstunde lang auf

dieses Bild geschaut. Und dann habe ich immer etwas Neues gesehen und das ist irgendwie verweilend gewesen dann.“

Frau 15 differenzierte zwischen der Wahrnehmung der Räumlichkeiten und der Person der Therapeutin:

„Ja ich habe es angenehm gefunden. Es gibt verschiedene Ebenen, die Räumlichkeiten oder Sie als Person oder die Atmosphäre...also sicher ist es angenehm gewesen. Ich habe es nicht und auch heute empfinde ich es nicht als distanziert. Also das Wartzimmer ... da bin ich froh, dass ich nicht mehr da drin bin!“

Frau 25 verglich mit einer Arztpraxis:

„Ja. Es ist noch positiv gewesen. Also eben ich kann es vergleichen mit denen, wo ich sonst auch noch gewesen bin. Ich habe es noch heimelig gefunden irgendwie, nicht so eine Arztpraxis, also nicht so kalt und steril, sondern einfach ... ja wie kann ich jetzt das umschreiben, so eine angenehme Atmosphäre. Und das hat ja auch einfach mit der Person etwas zu tun, was die dann für einen ersten Eindruck hinterlässt.“

Frau 27 war nicht nervös:

„Das weiss ich nicht mehr. Ich bin sicher neugierig gewesen, wie diese Frau aussieht und ... aber ich bin nicht irgendwie nervös oder so gewesen.“

Kategorie 3: Keine Erinnerung mehr

Frau 6 erinnerte sich nicht mehr:

„Weiss nicht mehr.“

Auch Frau 18 wusste es nicht mehr:

„Nein (lacht) ich weiss nichts mehr. Das ist irgendwie weg.“

A.3.4.5 Erwartung und Wissen bezüglich dem Erstgespräch

Kategorie 1: Nicht informiert

Frau 1 erinnerte sich an das offene Gespräch ohne Schema:

„Nein. Also ich habe immer gedacht, ich darf dann auf diesem Sofa liegen. Aber ich habe bis jetzt noch nicht liegen dürfen (lacht). Also es ist noch lustig gewesen, ich hätte eigentlich noch mehr von der Frau X wissen wollen, bevor ich mich einlasse. Das ist auch noch heute, dass ich finde, ich weiss gar nichts von ihr und sie weiss alles von mir. Aber das gehört wahrscheinlich das ist wahrscheinlich so. Aber ich hätte gern mehr von ihr gewusst, bevor ich mich ihr anvertraue. Dass sie mir auch gewisses Vertrauen entgegenbringt, das habe ich vielleicht erwartet. Aber das kann ich erst jetzt im Nachhinein sagen. Aber was sie mich gefragt hat und wie das genau abläuft ... ich glaube sie hat ... ich glaube sie hat gar kein

Schema gehabt. Ich glaube, das ist jetzt drei Jahre her. Also ich glaube nicht, dass ich das Gefühl gehabt habe, sie hat eine Liste gehabt, wo sie alles abgehakt hat. Also ich denke, ich habe einfach geweint und ihr erzählt.“

Frau 2 wusste es nicht:

„Einfach durch das, was Sie mir am Telefon gesagt haben, habe ich mich drauf einstellen können. Aber wie es dann genau in der Stunde vor sich geht, habe ich natürlich schon nicht gewusst.“

Frau 3 hatte Vorstellungen:

„Nein, aber es ist ja meistens so, dass man mal sagen muss, was überhaupt das Problem ist oder versuchen zu sagen und eben ich habe es auch schon ein paar Mal erzählt. Aber ich habe es eigentlich nicht wirklich gewusst, aber vielleicht habe ich es angenommen, ich weiss es nicht.“

Auch Frau 6 konnte sich vorstellen, wie ein Erstgespräch ablaufen könnte:

„Ich habe so meine Vorstellung gehabt, dass man so redet über das, was einem plagt.“

Frau 7 hatte keine Ahnung:

„Nein, keine Ahnung gehabt!“

Auch Frau 9 wusste nichts:

„Keine Ahnung!“

Frau 10 wusste es nicht, erinnert sich jedoch an anderes:

„Gewusst habe ich es nicht. Aber ich weiss noch, dass Sie gesagt haben, über Sie erzählen Sie nichts, weil es da um mich und nicht um Sie gehe. Und irgendwie dadurch dass ich ein neugieriger Mensch bin, hätte ich ja schon gern ein bisschen mehr gewusst, sind Sie verheiratet oder nicht oder haben Sie ein Kind oder nicht? Einfach so alltägliche Sachen. Da sitzt eine Person vor mir und ich kenne sie nicht, das ist komisch.“

Frau 14 wusste es trotz bereits gemachten Erfahrungen nicht:

„Nein. Nicht richtig. Ich habe zwar schon so ein Erstgespräch erlebt, aber das ist nicht mehr so aktuell gewesen. Ja.“

Frau 16 hatte eine Idee von der Supervision her:

„Nein. Eigentlich nicht. Das was wir am Telefon kurz besprochen haben, so mal anschauen, was ist ... ja, ich habe von der Supervision her eine Idee gehabt. Ich bin ja auch da bei einer anderen in Winterthur gewesen, und das ist in dem Sinn auch ein wenig wie ein Erstgespräch gewesen, wobei auf einer anderen Ebene, weil es nicht eine Psychotherapie als solches gewesen ist, sondern eine Supervision. Aber vielleicht ist das ein wenig in eine ähnliche Richtung gegangen. So ein Abtasten habe ich in dem Sinn schon erwartet. Vielleicht auch mehr ein Ausfragen habe ich erwartet. Nein. In dem Sinn bin ich nicht informiert gewesen.“

Frau 17 unterschied zwischen der ersten Therapie und dem zweiten Erstgespräch:

„Ich wusste es nicht. In der ersten Therapie war das ein Anfang einfach und hier war es ein Erstgespräch, wo offen ist, ob wir dann weiterarbeiten.“

Frau 20 wusste es nicht:

„Ich habe überhaupt nicht gewusst, wie das abläuft.“

Auch Frau 21 hatte keine Ahnung:

„Nein. Da habe ich keine Ahnung gehabt.“

Frau 22 wusste es nicht, hatte sich auch nicht viel Gedanken darüber gemacht:

„Eigentlich nicht konkret. Ich meine eben ich habe mit dieser Freundin auch schon geredet darüber, aber ich wusste das nicht konkret. Ich habe mir eben im voraus gar nicht gross Gedanken gemacht. Ich weiss noch ganz genau, als Sie mir am Schluss, also am Schluss - ich bin ja am reden und reden gewesen und Sie haben dann gesagt: Und Sie? Und das hat mich recht durcheinander gebracht. Ich hab gemerkt, ja ich habe...mich hats dort gar nicht mehr richtig gegeben.“

Frau 23 hatte sich über den Kopf für die Psychoanalyse entschieden:

„Ich bin mir nicht gewöhnt gewesen, durch ein Spüren herauszufinden, ob das jetzt das Richtige ist oder nicht. Das bin ich mir einfach nicht gewohnt gewesen. Aufgrund meines Gespürs eine Meinung zu bilden, sondern das ist über meinen Kopf abgelaufen. Also schon natürlich das Leiden von der Angst und dann die Selbsterfahrung, dass man das machen sollte und dann noch der Entscheid, welche Richtung ich gehe. Es gibt ja da die verschiedensten Richtungen, Körpertherapie oder Verhaltenstherapie oder Transaktionsanalyse, eben und ich habe mich da über den Kopf für die Psychoanalyse entschlossen. Und bei mir ist es so, wenn ich mich dann entschieden habe, dann läuft das einfach so, dann mache ich das einfach. Und nicht über das Gefühl.“

Frau 24 wusste nicht, wie ein Erstgespräch abläuft:

„Nein. Das habe ich nicht gewusst.“

Frau 26 sah den Auswahlprozess ganz pragmatisch und betonte ihre Autonomie; sie ist diejenige, die auswählt:

„Ja. Halb. Weil das war anders bei der anderen Therapeutin. Das war dort von Anfang an klar, dass das klappt. Und jetzt muss ich mich wie auf ein ähm ... auf ein Experiment einlassen und im blödesten Fall kann das zwei drei Therapeutinnen dauern, dieses Experiment. Und ich möchte anfangen zu arbeiten mit meinem Problem.“

Frau 29 wusste es nicht, hatte aber Vorstellungen:

„Nicht sehr. Also ich habe mir irgendwelche Vorstellungen gemacht, was ich auch machen würde, wenn ich jetzt an dieser Stelle wäre. Man muss sich einen Überblick verschaffen und schauen, worum es geht.“

Kategorie 2: Gut informiert

Frau 8 wusste es nicht mehr:

„Ja. (lacht) (...) Ja. Ich weiss es nicht mehr. Ich glaube schon, sonst wüsste ich es noch.“

Frau 12 betonte wie Frau 25 die Wichtigkeit der einzelnen Personen:

„Ja. Aber an und für sich ist es auch immer wieder anders so, ja. Also es ist halt so. Also ich war nicht nur aufs Gespräch fixiert, sondern auch auf Sie als Person. Und das ist bei den anderen Erstgesprächen gar nicht so...das ist vielleicht eine Verschiebung gewesen auch, weil ich dann gemerkt habe, das ist eh nichts für mich. Also das hab ich bei den anderen schnell gemerkt, aber ich konnte auch nicht darauf eingehen, ich habe aber auch nicht sagen können, etwa das Gespräch unterbrechen und gesagt: schauen Sie es tut mir leid, es ist nichts für mich, ich möchte jetzt gehen. Ich habe die Stunde dann immer brav durchgehockt ja. Ich habe dann eigentlich für mich schon gewusst, dass es nichts ist. Wenn ich nicht schwatzen kann, dann ist es nichts für mich. Da tönt es zwar als würde ich viel schwatzen, aber wenn ich draussen bin, bin ich schon eher die, die nur sehr platziert Kommentar abgibt.“

Frau 13 war bereits in einer Therapie:

„Ja. Das kannte ich ja schon auch von der ersten Therapie.“

Auch Frau 15 hatte bereits Therapieerfahrungen:

„Ja. Ich habe ja schon zwei gehabt.“

Frau 25 liess die einzelnen Personen in diesem Prozess auf sich wirken:

„Eben, was dann schlussendlich sehr ausschlaggebend gewesen ist, sind diese einzelnen Personen gewesen. Wie die so auf mich gewirkt haben, was ich für einen Eindruck von denen gehabt habe. Und dann ist schlussendlich halt schon, ich glaube eine Frau ist dann doch noch wichtig gewesen. (...) So die Frau (...) als Person einfach, das war wichtig. Wie ich mich überhaupt so einlassen kann, ist da überhaupt ein Vertrauensverhältnis möglich oder nicht. Auch sonst, also von 10 Leuten, da sind die einen sympathisch und mit den anderen oh nein, da würde ich jetzt gar nicht reden wollen oder.“

Frau 27 stellte sich vor, wie es sei:

„Ja. Ich bin davon ausgegangen, dass ich erst mal meine Situation schildere, warum ich überhaupt gehe und das ist dann auch so gewesen.“

Frau 30 kannte diese Gespräche von Kolleginnen und Kollegen her:

„Ja ich bin ja viel mit so Psychologiekolleginnen und –kollegen zusammen und viel auch irgendwie so Selbsterfahrung gemacht und eigentlich schon ja. Also ich habe niemandem gesagt, dass ich das mache, aber das sind etwa so Gespräche, die wir auch geführt haben.“

Kategorie 3: Keine Frage gestellt, daher keine Antwort

A.3.4.6 Zusammenfassend: Selbstgefühl bei Kontaktaufnahme

Kategorie 1: Starker Moment

Frau 3 stützte sich auf das Gefühl, noch etwas erledigen zu müssen und konnte sich so eher als stark empfinden:

„Ich weiss einfach noch, dass ich das Gefühl gehabt habe, so das muss jetzt erledigt werden. Und dann habe ich halt ...ja... so wie eine Liste oder und gedacht, so jetzt, das muss ich jetzt einfach machen, das ist jetzt wichtig und dann ist wahrscheinlich schon eher ein starker Moment gewesen und nicht völlig hoffnungslos und ich muss jetzt jemanden haben, der mir hilft, sondern eher so ja...“

Frau 7 wusste es nicht mehr, betonte jedoch, es brauche Kraft:

„Ja. Damals habe ich so Phasen gehabt, wo ich solche Sachen nicht in die Hand genommen habe. Ich muss Ihnen sagen, ich weiss es nicht mehr. Aber so wie ich mich kenne, habe ich das schon eher gemacht, als ich mich stärker gefühlt habe. Also nicht im schwächsten Moment, das glaube ich nicht. (...) Ja. Es braucht eine Kraft, sich das zu trauen.“

Frau 8 fühlte sich stark:

„Ja. Als ich mich stark gefühlt habe.“

Ebenso fühlte sich Frau 9:

„Es ist eher stark gewesen, wie ich mich gefühlt habe. Stark wegen der Umwelt, eben weil, wie Sie sagen, diese Schwelle ... zum Doktor geht man, dorthin nicht! (...) Ja. Wenn ich das gewusst hätte, was ich jetzt weiss, wäre ich viel früher gegangen.“

Frau 11 verglich mit dem ersten Mal, als sie Hilfe gesucht hatte:

„Hm. Ich glaube es ist in einem stärkeren Moment gewesen. Also ich kann mich jetzt nicht an einen präzisen Moment erinnern. Aber grundsätzlich ist ja dort darum gegangen, mich auf etwas Längerfristiges einzulassen und darum habe ich mich ja auch an Zürich, an diese Beratungsstelle gewendet und dieser Moment ist tendenziell in einem starken Moment gewesen und doch habe ich gemerkt, es ist eben doch noch ein Leidensdruck da. Darum brauch ich das, diese ... diese Hilfe ja. Aber eigentlich ist es mir schon besser gegangen. Also es ist nicht mehr wie ganz am Anfang gewesen, wo ich das allererste Mal Hilfe gesucht habe.“

Frau 13 empfand sich eher als stark:

„Ich glaube, es war eher ein ruhiger Moment, wo ich auch Zeit hatte und wo ich noch nicht so, wo ich noch nicht so in einer grossen Verzweiflung war so. Das war sowieso nur noch ganz selten der Fall, so eine ganz tiefe Verzweiflung eigentlich. Durch irgendwelche Ereignisse, was dann aber auch irgendwann wieder besser wird so, oder auch wenn ich es dann meinem Partner erzähle, dann wird es irgendwie besser, auch wenn ich ihm dann einen Teil erzähle.“

Frau 16 betonte ihre Stärke:

„Stark wäre übertrieben, aber sicher auf dem aufsteigenden Ast. Also ja ich denke bis dann habe ich, ich weiss nicht, die neue Stelle schon angefangen oder gewusst, jetzt fange ich dann an, dort habe ich einen Job, dort kann ich schaffen, auch irgendwie das Gefühl gehabt habe, das kommt gut, weil ich da mit Erwachsenen schaffe, nicht mit Kindern. Also von dem her denke ich sicher, wieder am hinaufkommen, nicht am Tiefpunkt unten, absolut nicht. Auch schon die Ruhe gehabt

zeitlich eine Distanz, ich habe ja damals fast drei Monate Ferien gemacht, also Ferien zuhause, aber für mich gewesen, für mich geschaut, also sicher nicht am tiefsten Punkt unten!“

Frau 17 fühlte sich eher stark, andernfalls hätte sie nicht angerufen:

„Ich glaube eher in einem starken Moment, sonst hätte ich es eher hinausgezögert, oder einfach gewartet auf einen besseren Moment.“

Frau 18 fürchtete sich vor einem Gefühlsausbruch am Telefon und wartete einen gefassten Moment ab:

„Ja, also ich habe schon so ein Moment ausgesucht, wo ich gefasst gewesen bin und normal reden konnte am Telefon, weil ich ja Angst gehabt habe, dass ich dann vielleicht weinen müsste am Telefon.“

Frau 20 fühlte sich stark:

„Schon eher in einem starken Moment. Sonst hätte ich mich nicht getraut.“

Frau 25 war entschlossen:

„Schon entschlossen. Also wo ich etwas unternehmen wollte dagegen!“

Frau 29 konnte auf einen guten Moment warten:

„Ja schon. Ganz klar. In einem relativ guten Moment habe ich angeläutet. Das ist immer so. Solche Sache mache ich immer dann.

Ausgelieferte Momente habe ich durchaus gehabt, aber die hab ich im geschützten Rahmen halt gehabt. Das konnte ich mir ja einrichten auch.“

Kategorie 2: Starker und verzweifelter Moment

Frau 2 differenzierte zwischen Hilflosigkeit und dem entschlossenen Moment des Telefonierens:

„Also das mit der Hilflosigkeit und so, das habe ich sehr oft erlebt. Und das ist jetzt noch schwierig, was denn letztendlich den Ausschlag gegeben hat, es ist ja oftmals in den Krächen mit meinem Freund diese Gefühle gekommen und diese Verzweiflung. Und wenn er denn sagte, mach mal etwas, ich halte das nicht mehr aus mit dir, dann ist es wahrscheinlich schon eher aus dieser Motivation heraus, wobei in dem Moment als ich mich gemolden habe und so, habe ich mich glaube ich nicht speziell, also da sind ja nur so, diese Kräche sind dann ja jeweils nicht dann, wenn ich in die Stunde komme, und da ist es mir ja gut gegangen ja. (...) Also ich war sehr entschlossen an diesem Telefon, gar nicht heulend.“

Frau 15 hatte beide Gefühle:

„Ja. Also beides. Kontakt aufgenommen habe ich sicher, wo ich nicht grad in einem Loch gewesen bin dann. Ja.“

Frau 19 fand die Hilflosigkeit ausschlaggebend:

„Also ich habe schon angerufen, als ich mich stark und gefasst gefühlt habe. Aber für das Anrufen waren schon diese erlebten Momente von Hilflosigkeit entscheidend.“

Frau 23 verknüpfte ihre Ängste mit ihrem Interesse:

„Ich glaube, es ist beides gewesen. Es ist irgendwo ein starker Leidensdruck gewesen und das Gefühl, da möchte ich etwas machen und dann der Entscheid für die Analyse, das ist dann eher so vom Beruf her gekommen. Also so etwas neben der Angst, dass ich gedacht habe, das würde mich schon interessieren.“

Frau 28 rief in einem starken Moment an:

„Ja. Ich glaube, dass ich in einem starken Moment angerufen habe. Aber das ist sicher nach einem ganz schlechten Moment gewesen so.“

Kategorie 3: Verzweifelter Moment

Frau 1 berichtete von ihrer Verzweiflung:

„Ja. Ganz klar. Sich selber ausgeliefert sein, seiner Seele oder ich weiss auch nicht was das ist „ausgeliefert sein“ ja.“

Frau 4 nannte den Moment der Ohnmacht:

„Ich habe das Gefühl, es ist eher ein Moment von Ohnmacht gewesen.“

Frau 24 ging es schlecht, als sie telefoniert hatte:

„Das weiss ich nicht mehr, doch, das ist ein Wochenende gewesen und ich glaube ich hab dann grad am Montag angerufen. (...) Ja. Die Erleichterung ist gewesen, als ich es ihr erzählt habe, aber schlecht ist es mir immer noch gegangen, als ich den Kontakt aufgenommen habe. Ja.“

Frau 30 kam an ihre Grenzen:

„Mmh ich habe schon eher gemerkt, ich bin am Limit, eben nicht mehr weitergekommen, ich selber wirklich nicht mehr weiterkommen. Ja, also schon dass ich irgendjemand oder etwas brauche. Schon nicht in einem total hilflosen Moment, sondern als ich funktionierte, aber schon irgendwie das Gefühl gehabt, jetzt mag ich einfach nicht mehr. Ja. (...)“

Also wann ich das entschieden habe, das weiss ich nicht mehr. Wie das gegangen ist. Aber es sind mir sicher so Erinnerungen gekommen, wer mir das alles gesagt hat, du jetzt mach doch mal und so ... und dann so ja jetzt packs doch mal. So schon. Also schon während der Schulzeit hat man gesagt, ich soll das machen. Also schon paar Mal hat man gesagt, auch meine Hausärztin so.“

Kategorie 4: Keine besonderen Gefühle

Frau 5 fühlte sich „normal“:

„Nein. Das ist so Normalzustand gewesen.“

Frau 14 wusste es nicht mehr:

„Nein. Das weiss ich nicht so genau. Einfach weil die Probleme mit meinem Freund damals wieder angefangen haben.“

A.4. Ergebnisse während der Auswertung

A.4.1 Autonomie

Frau 1 kam nach einem gescheiterten Versuch zur Gründung einer Selbsthilfegruppe zur Psychotherapie:

„Also ich muss sagen, ich wollte dann eine Selbsthilfegruppe gründen und in Winterthur gibt es so eine Stelle, wo man hingehen kann, da bin ich hingegangen und habe gedacht, es hat noch andere Frauen, die das gleiche Problem haben und die kinderlos sind. Also das kann ja nicht sein, dass ich die Einzige bin auf der Welt, die deswegen so ein Theater macht. Und diese Frau hat mich angehört und hat gesagt, sie würde das initiieren für eine Selbsthilfegruppe und sie würde das ausschreiben und sie hat dann schon erwähnt im Gespräch, ich bräuchte vielleicht eine Behandlung. Und dann hat sich einfach gar niemand auf diese Selbsthilfegruppe gemeldet. Und dann habe ich gewusst, da ist kein Bedürfnis und da werde ich keine Hilfe bekommen und dann habe ich im Telefonbuch nachgeschaut.“

Frau 2 dachte schon lange, sie sollte oder möchte mal eine Psychotherapie machen:

„Wobei, es ist bei mir schon lange ... also es ist auf fruchtbaren Boden gestossen, ich habe schon lange daran herumgemacht, und wir haben auch einmal eine Paartherapie gemacht miteinander und vielleicht hat es das einfach noch gebraucht, dass er gesagt hat, ich soll das machen. So dass ich dann denken konnte, okay: jetzt mach ich das: Wobei es ist auch so gewesen, auch von den äusseren Umständen her, dass ich den Raum gehabt habe, also ich habe gefunden, doch ich habe den Raum zum das jetzt mal anreissen. So im Hinterkopf habe ich seit Jahren gedacht, ich sollte mal oder ich möchte mal. Weil meine Schwester ist auch lange in Psychotherapie gewesen und von ihr her wusste ich auch, das ist etwas Gutes und das bringt etwas. Und ich habe dann so, viele Male, wenn wir so miteinander geredet haben, hat sie gefunden, ich solle halt auch einmal so etwas in einer Therapie anschauen oder so. Ich habe das gedacht, aber ... äh sie hat so offensichtlichere Probleme gehabt, so Ängste und so und ich habe gedacht nein also ich manage das ja gut und so. Also ich habe glaub ich vieles lange verdrängt auch.“

Frau 3 hat sich im Gegensatz zu anderen zur Psychotherapie entschlossen:

„Ja und eben ich sehe es jetzt eben so, dass es zwar ähnliche Probleme sind, aber ich habe mich jetzt einfach entschlossen, das so anzugehen und die anderen haben sich vielleicht für etwas anderes entschlossen oder für gar nichts oder strudeln jetzt einfach weiter vor sich hin.... ja also ich hätte ja vielleicht sagen können, oh ich Versager jetzt muss ich auch noch das in Anspruch nehmen oder so, aber das habe ich überhaupt nicht gehabt. Sondern es ist wirklich das Gefühl gewesen, so

ich bin jetzt da und ich glaube ich brauche das. Und ich habe ja nicht gewusst, wie das genau ist, aber ich habe einfach gefunden, ich will jetzt das ausprobieren. (...) Ich weiss einfach noch, dass ich das Gefühl gehabt habe, so das muss jetzt erledigt werden. Und dann habe ich halt ...ja... so wie eine Liste oder und gedacht, so jetzt, das muss ich jetzt einfach machen, das ist jetzt wichtig und dann ist wahrscheinlich schon eher ein starker Moment gewesen und nicht völlig hoffnungslos und ich muss jetzt jemanden haben, der mir hilft, sondern eher so ja...“

Frau 4 betont, sie nimmt nicht gerne Hilfe in Anspruch:

„Ich bin eigentlich eher ein Mensch, der versucht, sich selber zu helfen und der Mühe hat, sich helfen zu lassen und ja im Gespräch mit anderen Leuten, mit Freundinnen und mit Freunden, wo das halt auch schon in Anspruch genommen haben, eine Therapie, da bin ich darauf gekommen, dass das auch etwas sein könnte für mich. Da hatte ich die Idee, einen Versuch zu starten, ob dies etwas wäre für mich und habe dann eben gemerkt, dass dies jetzt in meinem Fall schon eine grosse Hilfe gewesen ist für mich.
Es ist wie ... sich an einen Strohhalm klammern, weil es ist auch ... ich habe auch vorher gesagt, es ist ein Versuch ... es ist nicht so klar gewesen. Ich habe nicht gewusst, wie das dann effektiv ist für mich, ob das dann eine Hilfe ist für mich. Ob ich das so als Hilfe annehmen kann. Aber .. es ist einfach eine, ich würde jetzt mal sagen eine unbelastete Art gewesen, über diese Sachen reden zu können, ohne wie irgendwie das Gefühl zu haben, mich irgendwie rechtfertigen zu müssen. So wie ich im Freundeskreis das Gefühl manchmal gehabt habe, die werten mich und ich müsste mich rechtfertigen und das ist natürlich in der Therapie gar nicht so der Fall.“

Frau 5 hat es selber entschieden:

„Das habe ich selber entschieden. (...) Ich habe einfach vieles wahrgenommen und habe mich schon ziemlich gut gekannt und habe einfach gewusst, ja, habe einfach das Gefühl gehabt, das würde mir jetzt noch helfen.“

Frau 6 hat sich entschlossen:

„Ich war dann entschlossen. Also das war eher erleichternd gewesen. Es hat dann schon noch ein wenig Überwindung gebraucht aber eigentlich im Grossen Ganzen bin ich eher erleichtert gewesen, ich war entschlossen, das zu machen und es ist mir wurst gewesen, was meine Mutter dazu sagte. Ja.
Ich habe dann ein gutes Gefühl gehabt und dachte, dass das richtig läuft. Also ich habe mich ja entschlossen zu gehen, das war ein gutes Gefühl.“

Frau 7 konnte und wollte nicht mehr:

„Und dann sind auch Sachen heraufgekommen, die mit meiner Geschichte zu tun gehabt haben und dann so dieses „das kann es nicht sein“ zusammen mit dem hat dann dazu geführt, dass ich dachte ich muss Hilfe haben. Ich kann nicht mehr, aber auch ich will nicht mehr. Weil ich so nicht mehr wollte. So will ich nicht mehr. Genau. So war das.“

Frau 9 hat sich stark gefühlt:

„Es ist eher stark gewesen, wie ich mich gefühlt habe. Stark wegen der Umwelt, eben weil, wie Sie sagen, diese Schwelle ... zum Doktor geht man, dorthin nicht!“

Frau 12 vergleicht es mit sich klemmen:

„Und es ist einfach nicht gegangen, mein Puls ist hinauf und ich habe Herzrasen bekommen und ich habe mich nicht mehr beruhigen können und ich habe gesagt, hey jetzt ist fertig, jetzt musst du in diese Therapie, die du schon so lange hinaus-schiebst. Jetzt musst du dich klemmen und anfangen.“

Für Frau 13 war es selbstverständlicher als beim ersten Mal:

„Also es war nicht so ein Druck wie beim ersten Mal so. Es war eher so, ja ich mach jetzt das. Ich brauch das, ich brauch diese Unterstützung und jetzt geh ich da wieder dran. Es war nicht so, dass es mir so schlecht wie vorher ging. Unbedingt so wie in (...), dort war es eine Überwindung auch und hier war es schon normal dann. Also leichter ja.“

Frau 15 wusste, was sie wollte:

„Also dort hat mir schon geholfen, dass ich schon zweimal angefangen habe. Also dann habe ich genau gewusst, was ich eigentlich will oder was ich nicht mehr will. Und das hat dann nicht unbedingt mit dieser Person zu tun, die ich konsultiere, sondern mit mir, was und wie ich das gestalte dort. Also es ist jetzt nicht so ein Versagen gewesen oder so ein Gefühl gewesen. Schon auch Ängste und jammers-gott wie läuft dann das dort so schon. Und der Schritt machen hat ein Effort gebraucht so. Aber nicht irgendwie riesen..., nicht riesenüberwinden müssen.“

Frau 17 war klar, dass sie Psychotherapie brauchte:

„Sicher komisch und ich habe sicher mal das Telefonbuch angeschaut und dann noch einmal überlegt, bis ich das dann gemacht habe. Aber für mich ist klar gewesen, dass ich das möchte und brauche. Ja, aber das ist sicher komisch. (...) Schon sicher, dass ich mal eine Angst hatte oder dann gar eben angeschaut werden als schwach, dass man das braucht ...“

Frau 18 wusste, dass etwas gehen musste und organisiert es:

„...und ja diese Zeit ist nicht so lange gegangen. Ich habe gewusst, jetzt muss etwas gehen und habe dann einfach einmal so ein paar Adressen rausgesucht und unter anderem dann diese von dieser Stelle hier auch.“

Frau 19 wusste, dass es ihr gut tut:

„Es ist halt schon so, dass ich Therapieerfahrung gehabt habe und gewusst habe, dass mir das gut tut. Und dass es für mich wie das Naheliegendste gewesen zum mir helfen zu lassen.“

Frau 22 findet, wenn man Hilfe braucht, holt man sich die:

„Also ich weiss es nicht mehr. Aber ich bin überzeugt; eigentlich keine Gefühle, sondern ich habe einfach das Gefühl gehabt, so jetzt muss ich. Also eine Freundin hat mir schon vor zehn Jahren gesagt, ich soll jetzt einmal eine Therapie machen, also das ist nicht so etwas Neues gewesen in meinem Leben, also mit dem Thema habe ich mich schon länger beschäftigt. Also es ist nicht irgendwie...ja. Also mein Schwager hatte gesagt, jetzt gehöre ich auch schon zu jenen, die eine Therapie machen müssen. Aber das ist bei mir überhaupt nicht so gewesen. Ich finde, wenn man Hilfe braucht, dann holt man sich die.“

Frau 24 hatte keine Schamgefühle, für sie war es klar, weil sie sich entschlossen hatte:

„In dem Moment, wo ich dann mich entschlossen habe, Hilfe zu suchen und Ihnen telefoniert habe, da habe ich gedacht, so will ich auch nicht sein und darum kann es auch nicht sein, dass ich so bin und darum ist es klar gewesen, dass ich Hilfe brauche. Für mich ist das klar gewesen, aber in welcher Hinsicht Sie mir hätten helfen können, habe ich nicht gewusst. Für mich bin ich verzweifelt gewesen. (...) Was ich gemerkt habe war, dass ich keine Schamgefühle gehabt habe, im Sinn von uiii das darf ich Ihnen nicht erzählen...weil Sie eine neutrale Person sind und Sie mich nicht kennen, Sie lernen mich mit der Zeit dann kennen aber Sie dürfen ja keine Urteile fällen von dem was ich Ihnen erzähle. Ich darf Ihnen alles erzählen, alles was ich auf der Seele habe. Aber im ersten Moment vielleicht eben, dass man denkt...ja...als ich nachher gekommen bin, bin eh nur positiv überrascht gewesen und ich bin jedes Mal gern gekommen und habe mich zum Teil auch gefreut, dass ich wieder zu Ihnen kommen kann.“

Für Frau 25 war wichtig, jederzeit wieder abbrechen zu können:

„Ja. Das ist wie ein Medikament gefunden zu haben. Einfach einen Weg, ein Stück weit einen Weg zu sehen. Es ist eine Ausweglosigkeit gewesen und dann auch wie auch noch eine Perspektive, ich kann noch etwas unternehmen und ich muss das nicht einfach so akzeptieren, das ist jetzt nicht für immer und ewig so. (...) Ja. Ich bin eigentlich gespannt gewesen und zwar positiv, also nicht negativ, wie ist das wohl, sondern ... weil ich habe ja immer das Gefühl gehabt, ich entscheide, ob ich da gehe oder nicht. Und ich kann jederzeit wieder abbrechen, also dort ganz am Anfang sowieso. Ist eigentlich eher so ein Gwunder gewesen. Ja so Neugierde, so wie, ich bin ja da in Zürich schon bei zwei, dreien gewesen und dann ist das nicht das allererste ...nein das habe ich nicht belastend gefunden. Da bin ich eher einfach gespannt gewesen, aber eher auf der positiven Seite.“

Frau 26 fand es interessant:

„Ich habe ein paar Freundinnen gehabt, die haben auch mal Therapien gemacht oder waren mittendrin und ich hab das wahnsinnig interessant gefunden immer. Einfach die Auseinandersetzung mit sich selber. Und dann habe ich gedacht, ja ich versuch das mal. Ich möchte das mal probieren wie das ist, ja.“

Frau 27 betont ihre Unabhängigkeit:

„Ich weiss es nicht mehr. Ich habe auch keine Angst gehabt so. Was ich noch weiss ist, und das habe ich auch der Frau X gesagt, dass ich nicht im Sinn hätte, da jahrelang Therapie zu machen. Da war grad dieser Bericht im Tagi-Magi über Psychotherapie und ja ich habe ... ich selber bin ja nicht negativ eingestellt zur Psychotherapie, aber ich habe einfach gedacht, ich will nicht irgendwie, dass ich jetzt in Psychotherapie gehe und dass dann die Psychotherapeutin das Gefühl hat, sie könne mich jetzt jahrelang quasi als Klientin anschauen und dann habe ich das grad am Anfang klargestellt, dass ja, dass ich dann das sicher nicht will. Ich habe gefunden, auch vom Kostenpunkt her, es ist, obwohl ja die Krankenkasse etwas zahlt, es ist doch happig, was man da hinlegt. (...) Ja. Ich meine man könnte philosophieren darüber warum dass das schwierig ist. Ich meine, für mich ist es nicht schwierig, aber das ist ja nicht die Frage. Sonst habe ich nichts, was ich dazu sagen müsste. Für mich ist das nicht problematisch gewesen, das ist wahrscheinlich eher die Ausnahme.“

A.4.2 Angst, Scham, Stigma

Frau 3 unterscheidet den Grad der Erkrankung:

„Also ich finde es auch jetzt noch schwierig zum sagen, eben ich finde es eben gibt noch viele Leute, die ein ähnliches Leiden haben und es ist noch schwierig zu sagen, ist man da jetzt krank und ich meine psychische Krankheit. Ich weiss schon, da gibt es noch ganz anderes, also das ist mir sehr bewusst.“

Frau 4 formuliert das Eingeständnis, dass sie es selbst nicht schafft:

„Weil es mir schwerfällt eben, Hilfe in Anspruch zu nehmen und das ist irgendwo ein Eingeständnis, dass man es selber nicht schafft, für mich.“

Frau 6 würde heute nicht mehr so lange warten:

„Das ist im 88 oder 89 gewesen und ich habe die Therapie im 95 angefangen oder so, also blödsinnig, ich würde nie mehr so lange zuwarten. Ich habe mich wirklich, ja, meine Schwes hat schon eine Therapie gemacht und meine Mutter hat gefunden, ja da kommt dann nochmals eine, die findet das sei wegen den Eltern, also die hat vor dem ein wenig Schiss gehabt, habe ich das Gefühl und einfach sie hat sich gewehrt und wenn es dann wieder vorbei gewesen ist, dann ist es ja wieder gegangen oder. Es hat mich nie so beeinträchtigt, dass man das von aussen gemerkt hätte. Auch mein Freund, der hat also nie was bemerkt davon. (...) Zuerst denkt man ja, man sei der Einzige und ja...“

Frau 8 meint, es sei ein Tabuthema:

„... weil das ein Tabuthema ist. Ja, etwas, was nicht wirklich akzeptiert ist. Obwohl wenn man mit den Leuten anfängt zu reden, jedenfalls bei den meisten ... also ich habe jetzt noch nie eine negative Reaktion gehabt, als ich das gesagt habe. Aber trotzdem. Ja.“

Frau 9 wollte sich einweisen lassen:

„Also ich habe ernsthaft überlegt, ob ich nach Will gehen soll und mich einweisen soll in diese Klinik. Und dann habe ich doch gedacht, alles andere klappt, also da kann ich doch gar nicht gehen und sagen, ich spinne, das glaubt mir doch gar niemand...ja und grad nach diesem Telefon habe ich angeläutet und wahrscheinlich wenn es besetzt gewesen wäre, hätte ich nachher nicht mehr angeläutet und ja ... ich habe mich uh geschämt. Und ja, wir haben ein Restaurant zuhause und wenn diese Leute wahrscheinlich wüssten, dass ich hierherkomme, dann würden die denken, ja die spinnt. (...) Die Angst hat sich verlagert. Die Angst war dann nicht mehr uii ich muss dorthin, sondern uii wenn das jemand erfährt! Eben da ist dann wieder das, wenn das jemand mitbekommt! Wenn ich das gewusst hätte, was ich jetzt weiss, wäre ich viel früher gegangen.“

Frau 11 fand den Zugang zu einer längeren Therapie schwieriger:

„Der Zugang zu hier ist schwieriger gewesen. Weil das der Entscheid für eine längere Therapie gewesen ist. Das hat mehr Überwindung gebraucht als an diese, mich an diese Psychologin von der Uni zu wenden, weil ich gewusst habe, die hört ein paar Stunden zu und dann geht das nicht mehr weiter. (...) Ja. Schon eine Unsicherheit, auf was ich mich da einlasse. Das ist für mich ein neues Gebiet gewesen. Unheimlich auf eine Art ja ... öh von zuhause her habe ich ein negatives

Bild mitbekommen ... ja so Psychologen und Psychiater haben ... ja, das hat einen negativen Touch gehabt bei mir. Und doch habe ich vom Studium her gewusst, das ist etwas ... das ist eine Fachperson und die kann mir helfen. Und diese zwei Pole dann vereinigen zu können ... das hat Überwindung gebraucht.“

Frau 10 bemerkt die Stigmatisierung an den Reaktionen von anderen:

„Ich denke mir oft, dass die Leute das zu locker nehmen. Ich merke das auch jetzt, wenn ich mit Leuten rede und ich sage, ich habe wirklich eine schlimme Kindheit gehabt und dann sagen die, ja bei mir ist es auch nicht lustig gewesen. Und dann denke ich immer, ja auf ein grösseres Detail gehe ich nicht ein, weil dann haben sie es nicht begriffen, wenn sie so reagieren. Auch als ich die Bestätigung für die Krankenkasse holen musste, wie dieser Arzt reagiert hat, ja nach zwei Jahren müsste es ja schon wieder gut sein. Ich merke einfach, die Leute begreifen es nicht, man muss es erlebt hat. Interessant ist, dass die Leute sagen, die, die zum Psychologen gehen, sind ein bisschen plemplem und die sind halt auch der Meinung dann, es ist dann grad das Burghölzli oder so.“

Frau 12 hat sich selber nicht als so schwer krank angesehen:

„Aber ich habe immer das Gefühl gehabt, dass es bei mir nicht so schlimm ist, dass ich psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen muss. Wobei ich das nicht gewertet habe. Also ich habe das schon immer gutgeheissen, dass wenn jemand wirklich Probleme hat, dass man dann sich Hilfe sucht, und sich in fachliche Hände begibt. Aber ich selber habe nie das Gefühl gehabt, dass es mich betrifft oder dass ich wirklich so massive Störungen habe, dass ich solche Hilfe in Anspruch nehmen sollte. Ja. Ich habe immer das Gefühl gehabt, ich habe doch noch genug Kraft und es ist auch noch ein anderer Grund gewesen, ich habe das Gefühl gehabt, ich sei genug intelligent und kann genug auch in die Psyche des Menschen hineinschauen und kann Sachen auch verstehen und damit umgehen aber eben, das ist dann nicht so, habe ich unterdessen herausgefunden. Dass es nicht das Beste ist, dass man so lange abwägt. Und dass das Umfeld nicht gerade einen verurteilt. Also über das Umfeld haben wir wenig geredet. Für mich ist das schon noch wichtig. Dass man das quasi als Schwäche anschaut, das finde ich noch wichtig.“

Frau 15 empfand den eigenen Widerstand als gross:

„So von aussen her, mein Widerstand das anzugehen, ist eigentlich riesengross gewesen ja.“

Frau 16 hatte Angst und vor allem ein falsches Bild über Psychotherapie:

„Und in diesem Gespräch habe ich mich sehr gewehrt dagegen und ich habe eine Riesenangst gehabt, dass sich da bei mir und in mir zuviel verändert. Also dass das die Beziehung aufs Spiel setzen würde, ich weiss noch, wo sie dann gesagt hat, ja also wenn du solche Angst hast, es verändere sich zuviel, dann mach es lieber nicht, lass es bleiben. Aber sonst so im Grossen Ganzen denke ich schon habe ich ein komisches, im Nachhinein ein falsches Bild gehabt, von der Couch, wo irgend ein abgedrehter Mensch da oben ist, sitzt da oben und fragt irgendetwas. Und auch natürlich ganz klar ein Bild, wobei ich denke das kommt nicht zuletzt von zuhause, also meine Eltern wissen es nach wie vor nicht. Irgendwie sind wir letztthin wieder ein wenig, der Spur nach daraufgekommen und mein Vater hat natürlich wieder prompt reagiert, ja aber also zum Psychiater gehen nur die ganz

Gestörten, so in dem Sinn, ich denke da ist schon ein Wissen da, aber auch ein Wissen, das im grossen Ganzen auf weite Strecken falsch ist.

Zweiseitig. Auf die eine Seite, ja vielleicht hilft das wirklich etwas und in dem Sinn ja eine Entlastung einfach wirklich mit dem Gedanken, vielleicht hilft es etwas aber ich denke auf die andere Seite ist schon ein Stück weit der Reflex gekommen, wieder das Entwertende, ja liegt es denn in diesem Fall wirklich an mir? Bin ich denn wirklich nicht normal? Ja, diese Gedanken sind schon auch dabei gewesen. In dem Sinn auch traurig, traurig darüber, dass ich nicht, im weitesten Sinn nicht normal bin!

Ich denke das kommt auch wieder von dem Bild, das ich habe von Psychiatern und Psychologen, zu denen gehen nur diejenigen, die nicht normal sind! Oder die, die ganz abgedreht sind, wo die Selbstfindung quasi das Höchste ist. Die andern brauchen das nicht, die haben das nicht nötig.

Aber es ist sicher nicht so gewesen, dass ich jetzt da dies als Erleichterung empfunden hätte, so ah jetzt ist dann jemand da, der mir hilft, das ist es auch nicht gewesen. Es hat also schon immer noch auch Kraft gebraucht zum sagen, ich habe, natürlich auch das schwierigste ist gewesen zum sagen, ich habe ein Problem, es stimmt etwas nicht.

Irgendwie die grundsätzliche Ablehnung erstmals, dieser Prozess dann von ... ja stimmt da wirklich etwas nicht, so stark nicht, dass man da Hilfe braucht ... bis hin zu, also ich kann das nicht genau sagen, wie ist jetzt das entstanden. Darum denke ich, ist es wahrscheinlich schwierig, aufzunehmen hier drin, wie ist jetzt das entstanden, dass jetzt doch, weil der Leidensdruck allein kann es in dem Sinn wie nicht mehr nur gewesen sein. Sonst hätte ich das schon viel früher, sonst hätte ich es im tiefsten Punkt gemacht.“

Frau 17 hat lange zugewartet:

„Und dort konnte ich nicht mehr ausweichen, und erst dann habe ich mich entschlossen. Vorher bin ich ja ... weil gespürt habe ich das ja schon immer. Ja dieses Ausweichen einfach und dass ich sehr lange gewartet habe eigentlich. Es muss wirklich brennen, bis man geht, das denke ich schon.“

Frau 18 betont das Eingeständnis, dass man es selber nicht mehr schafft:

„Ich glaube schon, dass es darum geht, dass es dann so ist, dass man sich eingestehen muss, man kommt jetzt nicht mehr alleine zurecht. Ich komme jetzt nach aussen damit. Und zwar muss man das nicht einer Freundin sagen, sondern einer Dritten, die ich nicht kenne, einer Fremden, und am Telefon sowieso. Und dann habe ich Angst gehabt, dass ich weinen müsste, weil ich bin immer so nahe dran gewesen und das hätte mich dann geniert. Und am Telefon sowieso. Ja, und was auch noch dazugekommen ist, was bei mir noch dazugekommen ist, dass ich immer das Gefühl gehabt habe, dass das was ich habe ja nichts Schlimmes ist, und wenn ich jetzt eine Therapie brauche, dann nehme ich jemandem den Platz weg und dann lachen die nachher über mich und finden, was macht denn die da und so...also dieses Gefühl ist sehr stark gewesen!“

Frau 19 redet von der Scham:

„Also sicher zwei Sachen, einerseits Erleichterung und Entlastung und andererseits das Schamgefühl, wo am Anfang auch viel immer wieder da gewesen ist so. Eben das Schamgefühl, Hilfe beanspruchen zu müssen. Also schon das Gefühl, ich hätte es nicht allein geschafft, ich hätte es allein schaffen sollen und ich hätte es nicht allein geschafft.“

Frau 20 betont nicht die Schwierigkeit, sondern die Kraft:

„Ja. Irgendwie hat es schon noch ein wenig Mut gebraucht.“

Frau 23 hat sich verschlossen, aber das Gespräch unter Kollegen entlastend erlebt:

„Nein. Ich habe mich sehr geschämt und wenn es so ist dann verschliesse ich mich dann sehr und habe eigentlich nicht darüber geredet. Höchstens so mit Kolleginnen und Kollegen, die das auch kannten, so mit denen habe ich darüber geredet. Das sind dann solche gewesen, die gut über ihre Ängste reden konnten, die haben dann gesagt, ich sterbe fast heute Nacht, wenn ich da allein Dienst mache und so, und da habe ich dann gemerkt ah da hat es noch jemand anders, der das auch kennt solche Ängste oder auch jemand, der auch Prüfungsangst gehabt hat und so.

Geschämt hab ich mich vor allem und es hat mich einfach sehr gestört.“

Frau 24 fand es schwierig, als es konkret wurde:

„Es ist dann schwierig gewesen, als Sie mir zurückgerufen haben. Das ist irgendwie ganz komisch gewesen. Weil dort ist es ein wenig peinlich gewesen, nicht im Sinn von...dort ist eigentlich erst das gekommen: weil Sie mir anläuten, weil ich Hilfe von Ihnen brauche, das ist erst dann mir bewusst geworden, dass Sie mir anläuten und dass wir etwas abmachen und so. Das ist schwieriger gewesen für mich als, da ist es auch im Bauch anders gewesen. Jetzt wird's ernst, jetzt läuten Sie mir an und jetzt müssen „müssen“ wir etwas abmachen.

Was ich gemerkt habe war, dass ich keine Schamgefühle gehabt habe, im Sinn von uiii das darf ich Ihnen nicht erzählen...weil Sie eine neutrale Person sind und Sie mich nicht kennen, Sie lernen mich mit der Zeit dann kennen, aber Sie dürfen ja keine Urteile fällen von dem was ich Ihnen erzähle. Ich darf Ihnen alles erzählen, alles was ich auf der Seele habe.“

Frau 25 empfand es als Tabuthema:

„Also eigentlich ist das völlig ein Tabuthema gewesen, auch von meiner Familie her so. Ja man hat vielleicht schon mal von psychischen Krankheiten geredet oder so, was schwierig ist, einfach eben so quasi die Arbeit hinzuwerfen oder nicht mehr schaffen können, das ist für mich das Schwierigste gewesen, das akzeptieren müssen und ja was sagt man auf der Arbeitsstelle, auch im Hinblick, man möchte wieder zurück. Das ist für mich sehr schwierig gewesen, das ist offiziell nicht durchgekommen, dass das eine Depression gewesen ist, das hat man so mit Virusgeschichte so durchziehen können, das habe ich schlussendlich auch sehr mühsam empfunden, dass man wie dieses Doppelspiel eigentlich betreiben musste. Und ein Stück weit auch, das ist noch gut gewesen so am Anfang auch in dieser Gruppe drin. Auch zu sehen, he, da bist du gar nicht allein, das ist wie ... das ist auch normal, das ist nicht so tragisch. Eben das ist einfach in dieser Gesellschaftsschicht, das hat mich dann schon auch noch hässig gemacht, eben diese ganze Pseudogeschichte da dem Arbeitgeber gegenüber, dass das jetzt halt nicht möglich ist, einfach das auf den Tisch zu hauen, dass das halt trotzdem ein Tabuthema ist oder. Und das ist dann schon innerhalb der Gespräche dann schon gelaufen. Nein. Also das habe ich eigentlich gesagt: also ich habe es als Tabuthema schon erlebt. Also auch jetzt noch, das weiss nicht mein ganzer Freundekreis. Also das ist eigentlich so wie ein wenig verdeckt oder. Also ich denke, es gehen eigentlich viel mehr Leute in eine Psychotherapie als man denkt. Also so wie das viele Leute von

mir nicht wissen, weiss ich das wahrscheinlich auch von einigen nicht. Es ist eben so ein wenig eine Hemmschwelle da.“

Frau 26 war nicht informiert und fand es schwierig und neu:

„Sehr schwierig, weil das eine ganz andere und neue Ebene war für mich. Mich einzulassen auf so etwas. Wie in eine grosse Welt bin ich gegangen und ich hatte keine Ahnung. Also das Wort Psychologe oder Psychiater oder Therapie - keine Ahnung gehabt.(...) Ja. Ich denke. Ja also das finde ich jetzt immer noch schwierig, dass das als krank angesehen wird. Also es ist ja vielleicht eine Krankheit, aber darüber kann man reden. Aber dass es wie nicht gut ist, wenn man das macht. Also wenn man zum Hausarzt geht, das ist alles okay. Aber wenn man in die Psychotherapie geht, dann ist etwas nicht gut. So. Ja, damit habe ich mich auch auseinandersetzen müssen ja.“

Frau 27 hatte Angst:

„... ich denke schon, dass da eine gewisse Angst dahinter ist, ich bin irgendwie nicht normal, wenn ich in Psychotherapie gehen muss.“

Frau 28 half es, dass ihr Freund sie unterstützte in ihrer Angst, nicht normal zu sein:

„Und auch dass ich gemerkt habe auch andere, grad mein Freund hat mich darauf angesprochen, habe ich gemerkt, ah es muss wahrscheinlich nicht so schlimm sein, in eine Psychotherapie zu gehen. Und das hat es mir wahrscheinlich schon auch leichter gemacht. (...) Ja. So viel Unbekanntes, wo ich auch viel das Gefühl gehabt habe, oh, das ist doch nicht normal, dass man das hat. Also ich habe mich sehr ausgeschlossen gefühlt und sehr einsam auch mit dem. Also ich habe nicht gross darüber reden können. Ich habe das Gefühl gehabt, ja das ist jetzt wirklich etwas Schlimmes, schon auch zeitweise, dass ich das Gefühl gehabt habe, das ist etwas Schlimmes, dass ich das jetzt machen muss. Und ich habe es mir aber auch anders vorgestellt, so viel medizinischer und viel mehr als würde ich zum Doktor gehen irgendwie. (...) Sehr komisch, also ... ja ich habe einfach auch nicht gewusst, was da auf mich zukommt. Ich habe meine Probleme auch gar nicht orten können, sind das schlimme Probleme oder sind das einfach so normale Probleme? Ganz komisch ja.“

Frau 29 war vorbelastet, beide Eltern im Fachbereich Psychologie tätig:

„Ja. Ich meine das habe ich ja schon länger gemerkt oder ... dass etwas ist. Das ist auch nicht so gewesen, dass ich da das erste Mal daran gedacht hätte. Das ist schon ein paar Mal mir im Kopf „herumgetrohet“ und ein Hindernis ist einfach gewesen, dass ich vorbelastet gewesen bin oder ... darum hab ich jemandem angeläutet, der ganz sicher nie jemals etwas mit meinen Eltern zu tun gehabt hat.“

Frau 30 hat niemandem gesagt, dass sie Psychotherapie in Anspruch nahm:

„Ja ich bin ja viel mit so Psychologiekolleginnen und -kollegen zusammen und viel auch irgendwie so Selbsterfahrung gemacht und eigentlich schon ja. Also ich habe niemandem gesagt, dass ich das mache.“

A.4.3 Beziehung zur Therapeutin

Frau 1 meint, sie wisse nichts von ihrer Therapeutin:

„Ich hätte mehr von der Frau X wissen wollen, bevor ich mich einlasse...ich weiss gar nichts von ihr und sie weiss alles von mir. Aber das gehört wahrscheinlich das ist wahrscheinlich so. Aber ich hätte gern mehr von ihr gewusst, bevor ich mich ihr anvertraue. Dass sie mir auch gewisses Vertrauen entgegenbringt, das habe ich vielleicht erwartet. Aber das kann ich erst jetzt im Nachhinein sagen.“

Frau 6 hatte die Adresse der Therapeutin von einer Bekannten der Schwester:

„Aber meine Schwes hat gesagt, red doch mal mit der, die weiss vielleicht jemand. Weil das find ich schon noch schwierig, dass man jemand findet, der einem passt und ich denke, das ist auch ein Glücksfall, jemanden zu finden, wo es gut läuft. Es ist irgendwie sehr locker gelaufen bei mir muss ich sagen. Ich habe diese Therapeutin angerufen, die hat mir die Nummer von hier gegeben und dann bin ich hierhergekommen und es ist gut gewesen.“

Frau 9 konnte es kaum erwarten:

„Also ich habe es kaum erwarten können. Ich bin richtig kribbelig gewesen. Ich habe gedacht, ja Himmel, und ist mir denn diese Frau sympatisch? Ja kann ich einfach drauflosreden? Ich bin eigentlich sonst eher der Typ, der alles für sich behält.“

Frau 11 führt die Angst an, von der Therapeutin abhängig zu werden:

„Das ist der erste Eindruck und es gibt etwas wo man spürt, diese Person ist sympathisch und zu der hab ich Vertrauen und zu dieser anderen ist man vielleicht eher so ... mmmhhh ... wie soll ich mich jetzt da ausdrücken? (...) Es ist schon für mich ein Zugriff in eine Sphäre ... wo ich Angst gehabt habe, dass das jemand manipulieren könnte, also sprich Therapeut. Und ob jetzt bewusst oder unbewusst, dass ich dann abhängig davon werde und das kommt gelegentlich immer noch rauf. Also das sprech ich noch oft gegenüber der Frau X wieder aus, wenn ich wieder mal eine Krise habe und finde ach ich fühle mich abhängig und ja eigentlich möchte ich gar nicht mehr kommen aber ich brauche es eigentlich noch. Das ist mir unheimlich.“

Frau 10 hatte es gefallen in der Praxis:

„Da habe ich gedacht, es gefällt mir hier und Sie sind mir sympathisch, Sie sind auch noch jung, das habe ich auch gut gefunden, so dass ich dachte, jetzt bleibe ich hier, statt noch weiter zu suchen und den anderen auch noch diese Geschichte zu erzählen, weil es ist anstrengend.“

Frau 12 hatte Angst, dass die Therapeutin nicht mit ihr arbeiten will:

„Ich habe dann am Anfang fast Schiss gehabt, dass Sie irgendwie nicht wollen, dass ich komme. Das weiss ich auch noch, das ist mir dann recht wichtig gewesen, hier Therapie machen zu können und nirgends anders und mit dem Geld und der Finanzierung dieser Therapie, das ist dann wirklich sekundär, das geht dann schon irgendwie. Das ist mir wirklich wichtig gewesen, ich kann heute noch nicht richtig sagen warum, das war einfach mein Gefühl, das war einfach wichtig, da zu sein. Und ich weiss, dieses Gefühl begleitet mich und verarscht mich nicht. Ich

weiss, dass dieses Gefühl etwas Gutes ist. (...) Also ich war nicht nur aufs Gespräch fixiert, sondern auch auf Sie als Person.“

Frau 14 fühlte sich wohl:

„Ja also eben, wo ich grad hier hereingekommen bin und ins Wartezimmer, dort habe ich einfach gedacht, je ist das herzig! So gemütlich, so eine gute Atmosphäre, da habe ich mich wohlgefühlt. (...) Ja. Etwas ist mir durch den Kopf gegangen, nämlich wie es gewesen ist, als ich das erste Mal hierhin gekommen bin, unser erstes Gespräch. Dort ist mir durch den Kopf, dass dies wirklich ein Gefühl gewesen ist, auch im Vergleich zu meiner früheren Therapie oder Therapeut, dass ich bei Ihnen wie das Gefühl gehabt habe, wie soll ich sagen, Sie nehmen das in die Hand. Also Sie haben da grad so durchgegeben wie es läuft und so und es hat für mich grad so eine Struktur gegeben und dann irgendwie das Gefühl auch, dass mir etwas wie abgenommen wird, dass ich Ihnen etwas in die Hände gebe und mich jetzt nicht mehr allein damit herumschlagen muss. Das ist dort noch ein gutes Gefühl gewesen. Das ist auch diese Kurve da, die dann grad heruntergeht in diesem Moment.“

Frau 15 wollte ein egalitäres Verhältnis:

„Ich habe sicher nicht so eine einseitige Therapieform gewollt, also dass von Ihnen nie etwas käme, so die klassische Analyse, wo dann alles auf mich reflektiert wird, immer immer immer. Das wollte ich nicht und das habe ich auch ganz am Anfang gesagt. Also dass Sie Analytikerin sind, das finde ich eher negativ, das vorneweg und ich habe schon gewusst, dass ich souverän sein werde in dieser Situation, also wenn das nicht stimmt für mich, dann werde ich nicht bleiben und suche jemand anderen, so. (...) Und der Eindruck von Ihnen ist ja sehr wichtig gewesen, was mit wichtig gewesen ist, dass es ein egalitärer Touch hat in dem Ganzen. Also ich hätte jetzt nicht wollen zu jemandem gehen, wo ich das Gefühl hätte, die weiss es und ich bin die, die nichts weiss, so ein wenig das. Und von dort her ist es mir nicht wichtig gewesen, ob das jemand Junges ist oder nicht. Also in meinem Alter könnte das ja noch wichtig sein, dass es nicht jemand Jüngeres ist als ich. Aber das habe ich ja am Telefon schon gemerkt. Aber es hat andere Kriterien, die für mich wichtig sind.“

Frau 16 war erstaunt und skeptisch:

„Wo Sie gekommen sind eher ein Erstaunen, aber ich glaube eher über Ihre Person. Wahrscheinlich habe ich die Vorstellung gehabt über einen mütterlichen Typ, wo so eine Psychotherapeutin ist. Aber nicht dass es eine Enttäuschung gewesen wäre. Aber einen Moment lang eine Skepsis, ist das die richtige Person für mich?“

Für Frau 17 war entscheidend, dass es eine Frau war:

„Ja. Ich habe glaub ich von Anfang an ein gutes Gefühl gehabt. Es ist sicher einfacher gewesen, weil es eine Frau gewesen ist. Auch die Therapeutin vorher ist eine Frau gewesen.“

Frau 18 hatte Angst, wieder eine neue Therapeutin suchen zu müssen:

„Also einerseits Ängste auch, ist diese Person jetzt die Richtige für mich, also meine grösste Angst ist gewesen, dass das dann dies nicht geht und nicht passt, dass ich dann eine andere Person suchen muss. Und das ist so schwierig, wenn es einem so schlecht geht, nur schon dieser Aufwand zu telefonieren und zu schildern... und auch meine Angst, das dann mehrmals schildern zu müssen, eben

wenn die Person dann nicht passt, bis ich dann jemand Richtiger gefunden habe. (...) Ja, ich hab einfach das Gefühl gehabt, die ist nicht die richtige Person, also einfach am Telefon... so für mich so, die war eher so ein wenig mütterlich und ich habe gewusst, das passt mir jetzt nicht so im Moment.“

Für Frau 19 war die Erscheinung wichtig:

„Und dass Sie so jung sind! Dass ich noch nie so jemand gehabt habe als Therapeutin oder Therapeut. Und ja das ist der erste Eindruck gewesen. (...) Ja. Das ist wichtig gewesen, was für eine Erscheinung Sie sind, das ist wichtig für mich.“

Frau 21 hat ebenfalls über den Telefonbeantworter ausgesucht:

„Und dann habe ich dieser Vermittlungsstelle angeläutet und die hat mir ein paar Namen angegeben und dann sind meistens Telefonbeantworter gekommen und ja, einfach die Stimme von Ihnen ist mir am sympathischsten gewesen und dann habe ich gedacht, ja. Das ist eigentlich der Grund gewesen, weil ich habe gedacht, ich muss schon Vertrauen finden können zu dieser Person. Die muss mir sympathisch sein, sonst bringt es nichts.“

Auch Frau 25 betont, wie schwierig das Auslesen ist:

„Es ist dann wie auch natürlich ein Riesendschungel, ein Riesenangebot und wo soll ich hingehen und nach einem Gespräch ist es schwierig gewesen für mich, zu entscheiden ja da bleibe ich jetzt. Ich habe dann wirklich gefunden, ja ich könnte überall anfangen. So grad nach der ersten Stunde, so im Nachhinein merkt man es dann schon, so dort möchte ich jetzt nicht mehr hingehen, das ist noch gut so rausgekommen dann. (...) So die Frau X als Person einfach, das war wichtig. Wie ich mich überhaupt so einlassen kann, ist da überhaupt ein Vertrauensverhältnis möglich oder nicht. Auch sonst, also von 10 Leuten, da sind die einen sympathisch und mit den anderen oh nein, da würde ich jetzt gar nicht reden wollen oder.“

Frau 26 empfand es als Experiment:

„Das geht weiter so, ist das die Richtige oder nicht und hoffentlich klappt das. (...) Weil das war anders bei der anderen Therapeutin. Das war dort von Anfang an klar, dass das klappt. Und jetzt muss ich mich wie auf ein ähm ... auf ein Experiment einlassen und im blödesten Fall kann das zwei drei Therapeutinnen dauern, dieses Experiment. Und ich möchte anfangen zu arbeiten mit meinem Problem.“

Frau 27 war neugierig, aber nicht nervös:

„Ich bin sicher neugierig gewesen, wie diese Frau aussieht und ... aber ich bin nicht irgendwie nervös oder so gewesen.“

Frau 28 hatte zwar ein mulmiges, aber ein gutes Gefühl:

„Ich habe angeläutet und dann irgendwie bin ich aber zuerst bei ihr da nebendran gelandet, das weiss ich noch und äh, sie hat mich aber irgendwie verbunden oder ich habe noch einmal angeläutet und dann hab ich ziemlich schnell auch ein gutes Gefühl gehabt. Ich dachte, ja ich komme vorbei und ich weiss noch, das erste Mal, da ist es mir so mulmig gewesen, hier vorbeizukommen, aber ich habe irgendwie ein gutes Gefühl gehabt.“

A.4.4. Moment des Dilemmas, Moment des Entschlusses mit der Selbstbestimmung

Frau 1 erklärt:

„Ich bin einfach in ein tiefes Loch gestürzt. Ich habe immer weinen müssen und ich habe mir einfach nicht mehr zu helfen gewusst. (...) Und eines Tages ist das einfach unerträglich geworden.“

Sie wollte eine Selbsthilfegruppe gründen, denn „das kann ja nicht sein, dass ich die Einzige bin auf der Welt, die deswegen so ein Theater macht“, nachdem sich jedoch niemand darauf gemeldet hatte,

„habe ich gewusst, da ist kein Bedürfnis und da werde ich keine Hilfe bekommen und dann habe ich im Telefonbuch nachgeschaut.“

Frau 2 fühlte sich hilflos und verzweifelt während dem Streit mit ihrem Freund, jedoch nicht als sie telefonierte hatte:

„Das ist jetzt noch schwierig, was denn letztendlich den Ausschlag gegeben hat, es ist ja vielmals in den Krächen mit meinem Freund diese Gefühle gekommen und diese Verzweiflung. Und wenn er denn sagte, mach mal etwas, ich halte das nicht mehr aus mit dir, dann ist es wahrscheinlich schon eher aus dieser Motivation heraus, wobei in dem Moment als ich mich gemeldet habe und so, habe ich mich glaube ich nicht speziell, also da sind ja nur so, diese Kräche sind dann ja jeweils nicht dann“.

Frau 4 fühlte sich unsicher, Hilfe annehmen zu können:

„Es ist wie ... sich an einen Strohhalm klammern, weil es ist auch ... ich habe auch vorher gesagt, es ist ein Versuch ... es ist nicht so klar gewesen. Ich habe nicht gewusst, wie das dann effektiv ist für mich, ob das dann eine Hilfe ist für mich. Ob ich das so als Hilfe annehmen kann. Aber .. es ist einfach eine, ich würde jetzt mal sagen eine unbelastete Art gewesen, über diese Sachen reden zu können, ohne wie irgendwie das Gefühl zu haben, mich irgendwie rechtfertigen zu müssen“.

Frau 5 hatte gut wahrnehmen können und kannte sich gut:

„Ich habe einfach vieles wahrgenommen und habe mich schon ziemlich gut gekannt und habe einfach gewusst, ja, habe einfach das Gefühl gehabt, das würde mir jetzt noch helfen.“

Frau 6 erwähnt die Tochter, die Mutter und ihren Hausarzt als Personen, für oder gegen die sie sich entschieden hat für Psychotherapie, für sie allein, so deutet sie an, wäre ein Entscheid schwierig gewesen:

„Ich glaube der Auslöser ist meine Tochter gewesen. Die war dann... Wie alt ist die gewesen? Ein bisschen mehr als jährlig. Ich habe einfach das Gefühl gehabt, ich will der nichts solches mitgeben, also irgendwie so ein wenig die Angst vor dem. Irgendwie hab ich gefunden, so für mich allein ist das - also ich habe recht lange gehabt, bis ich mich entschlossen habe, weil meine Mutter, die hat immer sich dagegen, also mir sehr davon abgeraten und ... ich bin auch zu einem homöopathischen Arzt, der gefunden hat, das könne man eigentlich gut homöopathisch behandeln, das sei nicht nötig, eine Psychotherapie. Ja. Und eigentlich denke ich, den Ausschlag gegeben hat meine Tochter. Weil ich gefunden habe, wenn ich die Verantwortung habe für ein Kind, dann will ich dem das nicht auch weitergeben.“

(...)Es hat dann schon noch ein wenig Überwindung gebraucht aber eigentlich im Grossen Ganzen bin ich eher erleichtert gewesen, ich war entschlossen, das zu machen und es ist mir wurst gewesen, was meine Mutter dazu sagte. (...) und irgendwie habe ich dort wieder so mit diesen Ängsten etwas gehabt und auch das Gefühl gehabt, jetzt ist irgendwie genug und auch mit meiner Tochter, da dachte ich, jetzt muss etwas gehen.“

Frau 7 kann und will nicht mehr:

„Und dann sind auch Sachen heraufgekommen, die mit meiner Geschichte zu tun gehabt haben und dann so dieses „das kann es nicht sein“ zusammen mit dem hat dann dazu geführt, dass ich dachte ich muss Hilfe haben. Ich kann nicht mehr, aber auch ich will nicht mehr. Weil ich so nicht mehr wollte. So will ich nicht mehr. Genau. So war das.“

Frau 8 ist eine erfahrene Psychotherapienutzerin und beschreibt darum dieses Kippen nicht:

„Ich habe gemerkt, ich komme allein nicht mehr klar. Ich brauche Psychotherapie. Meine Behandlung ist noch nicht abgeschlossen. Und das habe ich natürlich auch gemerkt, indem dass es mir wieder schlecht gegangen ist, dass ich meine Abstürze und alles wieder gehabt habe. Und mir hat auch eine Person gefehlt, wo ich mein Zeugs abladen kann, loswerden kann, drüber reden kann, wo ich sonst mit niemandem so reden kann. Das hat mir gefehlt“.

Frau 9 beschreibt das Dilemma ihrer beruflichen Stärke und überwindet mit Unterstützung ihrer Freundin die Scham:

„Ich habe grad mit meiner Freundin telefoniert dort und ich habe immer gesagt, nein ich kann nicht anläuten. Ich meine das ist ja so blöd, also ich bin berufstätig, ich fahre Lastwagen, ich bin Betonmischmeister, ich habe eine eigene Konditorei und ich komme mit meinem Freund nicht zurecht! Das ist ja Blödsinn. Und sie hat dann gesagt, so wenn du dann jetzt nicht bald gehst, dann machst du mich auch wahnsinnig und da habe ich gedacht uii, ja und grad nach diesem Telefon habe ich angeläutet und wahrscheinlich wenn es besetzt gewesen wäre, hätte ich nachher nicht mehr angeläutet und ja ... ich habe mich uh geschämt.“

Frau 10 betont ihre Gefährdung und erwähnt, dass sie schaut, wie sich das entwickelt:

„Ich bin dahingekommen, weil ich misshandelt worden bin (weint), weil ich einfach gemerkt habe, dass ich selber nicht weiterkomme, dass ich an einen Punkt gelangt bin, wo ich gesagt habe, so kann es einfach nicht weitergehen, weil ich einfach sehr aggressiv gewesen bin und ab und zu wirklich auch mich mit Selbstmordgedanken mich befasst habe. Ja und dann habe ich Adressen herausgesucht und hier habe ich eigentlich den schnellsten Termin gehabt auch und ... ich bin auch mit der Einführung sehr zufrieden gewesen und ich habe dann gedacht, hier fange ich an und schaue dann mal, wie sich das entwickelt und ob man sich versteht. Ich fühle mich halt total wohl ... ich komme gern.“

Frau 11 bemerkte ihre Erwartung, es müsse besser werden:

„Einen richtigen Moment finde ich jetzt nicht. Ich glaube das ist ein Zustand gewesen, wo ich wieder, wo wieder gekommen ist von diesem Magendruck oder wie man dem sagen will, wo dann einfach mit der Zeit ... wo ich gefunden habe, das kann doch kein Dauerzustand sein, das muss doch einmal besser werden.“

Frau 12 beschreibt ihr Dilemma:

„Weil ich mit mir selber nicht mehr ins Reine kommen konnte, weil ich gespürt habe, ich brauche Hilfe von aussen und das ist im ersten Augenblick nicht sehr erfreulich gewesen für mich. Für die anderen ist das für mich immer sehr gut und okay gewesen, absolut. Aber so für mich selber diese Schwäche quasi. In diesem Moment hab ich das als Schwäche gesehen, mir nicht mehr helfen zu können quasi. (...). Ich habe immer das Gefühl gehabt, ich habe doch noch genug Kraft und es ist auch noch ein anderer Grund gewesen, ich habe das Gefühl gehabt, ich sei genug intelligent und kann genug auch in die Psyche des Menschen hineinschauen und kann Sachen auch verstehen und damit umgehen aber eben, das ist dann nicht so, habe ich unterdessen herausgefunden. (...) Und es ist einfach nicht gegangen, mein Puls ist hinauf und ich habe Herzrasen bekommen und ich habe mich nicht mehr beruhigen können und ich habe gesagt, hey jetzt ist fertig, jetzt musst du in diese Therapie, die du schon so lange hinausschiebst. Jetzt musst du dich klemmen und anfangen.“

Frau 13 wollte was machen:

„Ich will jetzt halt, dass es mir rundum besser geht und dass ich nicht immer dieses Handicap habe, und dass ich das so angehe, weil ich gedacht habe, so werde ich nicht glücklich und jetzt will ich wirklich was machen, ich werde immer älter und es wird nur schlimmer dann.“

Frau 15 betont ihre Souveränität und ihren Widerstand:

„Und ich habe schon gewusst, dass ich souverän sein werde in dieser Situation, also wenn das nicht stimmt für mich, dann werde ich nicht bleiben und suche jemand anderen, so (...) und äh ich habe mich sicher, weil der Druck zu gross geworden ist von mir selber her, habe ich mich entschlossen, das zu machen, und bin schon auch von meiner Freundin, wie so, sie hat mich da rangeführt und hat gesagt, du musst schauen und so. So von aussen her, mein Widerstand das anzugehen, ist eigentlich riesengross gewesen ja.“

Frau 16 findet das Schwierigste sei, zu sagen, sie habe ein Problem, es stimme etwas nicht:

„Überwindung glaube ich hat es nach wie vor gebraucht, nicht so viel Überwindung wie damals das Telefon an Dr. X, und es hat auch nicht mehr so viel Überwindung gebraucht wie es wahrscheinlich noch ein paar Monate früher gebraucht hätte, es ist wirklich schon ein innerer Prozess gewesen, der schon abgelaufen ist, wo sich entschieden hat, jetzt probier ich das mal. Vielleicht nützt es ja etwas. Aber es ist sicher nicht so gewesen, dass ich jetzt da dies als Erleichterung empfunden hätte, so ah jetzt ist dann jemand da, der mir hilft, das ist es auch nicht gewesen. Es hat also schon immer noch auch Kraft gebraucht zum sagen, ich habe, natürlich auch das Schwierigste ist gewesen zum sagen, ich habe ein Problem, es stimmt etwas nicht.“

Frau 17 beschreibt ihren Willen und ihren Druck, nicht mehr ausweichen zu können:

„Ich habe sicher mal das Telefonbuch angeschaut und dann noch einmal überlegt, bis ich das dann gemacht habe. Aber für mich ist klar gewesen, dass ich das möchte und brauche. Ja, aber das ist sicher komisch. Komisch heisst schon sicher, dass ich mal eine Angst hatte oder dann gar eben anschaut werden als schwach, dass man das braucht. (...) Und dort konnte ich nicht mehr ausweichen, und erst dann habe ich mich entschlossen. Vorher bin ich ja ... weil gespürt habe ich das ja

schon immer. Ja dieses Ausweichen einfach und dass ich sehr lange gewartet habe eigentlich. Es muss wirklich brennen, bis man geht, das denke ich schon.“

Frau 18 betont das Eingeständnis, es nicht mehr zu schaffen:

„Ich glaube schon, dass es darum geht, dass es dann so ist, dass man sich eingestehen muss, man kommt jetzt nicht mehr alleine zurecht. Ich komme jetzt nach aussen damit. Und zwar muss man das nicht einer Freundin sagen, sondern einer Dritten, die ich nicht kenne, einer Fremden, und am Telefon sowieso. Und dann habe ich Angst gehabt, dass ich weinen müsste, weil ich bin immer so nahe dran gewesen und das hätte mich dann geniert. Und am Telefon sowieso. Ja, und was auch noch dazugekommen ist, was bei mir noch dazugekommen ist, dass ich immer das Gefühl gehabt habe, dass das was ich habe ja nichts Schlimmes ist, und wenn ich jetzt eine Therapie brauche, dann nehme ich jemandem den Platz weg und dann lachen die nachher über mich und finden, was macht denn die da und so...also dieses Gefühl ist sehr stark gewesen!“

Frau 19 redet von der Scham und ihrem Druck, es alleine schaffen zu wollen:

„Also sicher zwei Sachen, einerseits Erleichterung und Entlastung und andererseits das Schamgefühl, wo am Anfang auch viel immer wieder da gewesen ist so. Eben das Schamgefühl, Hilfe beanspruchen zu müssen. Also schon das Gefühl, ich hätte es nicht allein geschafft, ich hätte es allein schaffen sollen und ich hätte es nicht allein geschafft.“

Frau 20 beschreibt ihren Rückzug und ihre Selbstwahrnehmung, es sei schlimm, wenn es ihr trotz Medikamenten nicht besser ging. Ihren Entschluss fasste sie im Gespräch mit ihrer Tochter:

„Ja weil ich viel deprimiert gewesen bin. Wenn mich jemand quasi nur angeschaut hat. Also ich habe mich dann noch mehr zurückgezogen und bin noch mehr zuhause geblieben und ich habe eigentlich Angst gehabt, dass ich mir etwas antun könnte, wenn das so weitergeht. Ja. Und dann bin ich dann auch zum Arzt gegangen. Ich habe ja auch vorher schon Medikamente genommen, eigentlich ein paar Jahre schon. Und habe dann eigentlich gefunden, es ist schlimm, wenn es mir trotz Medikamenten nicht besser geht. (...) Die Tochter hat einfach gemerkt, wo sie bei mir gewesen ist, dass ... ja dass es mir nicht gut geht, weil ich ja ... eigentlich viele Tränen gehabt habe, viel geweint habe. Dann haben wir dann darüber geredet. Und auf dieses Gespräch hin habe ich dann den Arzt aufgesucht.“

Frau 21 wusste, dass sie etwas machen „musste“ und brauchte die Unterstützung ihrer Mutter, sonst wäre sie „durchgeschloffen“ und vielleicht wäre es „zu spät gewesen“:

„Ich habe gemerkt, dass es mir nicht gut geht und ich habe einfach gewusst, dass ich etwas machen muss, weil ich sonst in einen Teufelskreis hineinkomme. Und wenn meine Mutter nicht gewesen wäre und mich noch unterstützt hätte bei diesem Gedanken, dann wäre ich vielleicht eher durchgeschloffen. (...) Und an diesem Abend ist es mir auch total schlecht gegangen und dort habe ich auch wie die Freude am Leben verloren und da habe ich gewusst, dass ich etwas machen muss, bevor es denn zu spät ist.“

Frau 22 hat alles ganz schnell erlebt; als sie wahrnahm, dass ihr „Gleichgewicht gekippt“ ist, hat sie sofort gehandelt:

„Ah. Also das ist so gewesen, dass ich da in einem unendlichen Puff gewesen bin und zwar habe ich zuerst immer das Problem bei meinem Mann gesehen. (...). Ich habe das Gefühl ge-

habt, ihm geht's so schlecht und irgendeinmal habe ich realisiert, jetzt ist mein Gleichgewicht gekippt. Also ich habe dann angefangen zum Teil laut zu reden mitten auf der Strasse, da ist es mir einmal passiert und da habe ich dann gefunden jetzt muss ich etwas machen. Jetzt kann ich nicht bei meinem Mann suchen, dass er etwas ändert, jetzt muss ich für mich selber schauen. Also das ist es gewesen. (...) Ich bin da auch in einem völligen Zeugs gewesen und habe wirklich so ganz kurz habe ich realisiert was los ist und habe dann sofort gehandelt. (...) In diesem Moment hab ich meinen Mann als Problem angeschaut und irgendwie hab ich dann einfach von einem auf den anderen Moment realisiert, dass ich ja auch ein Problem habe deswegen. Aber ich habe das nicht systematisch oder so...ich hab einfach das Gefühl gehabt, jetzt brauche ich Hilfe. Das ist...nein ich habe das überhaupt nicht eingeordnet oder überlegt oder so.“

Auch Frau 23 brauchte Mut, die Analyse als Ausbildungsstück machen zu müssen, linderte die Beschämung:

„Das hat schon sehr viel Mut gebraucht und ich bin dann also schon noch froh gewesen, dass ich sagen konnte, ich möchte dann auch eine Lehranalyse machen, weil dann das Beschämende so ein bisschen weg gewesen ist, von der Angst oder, ich habe dann ein wenig so unter dem Vorwand anläuten können und dadurch ist es mir auch besser gelungen zum Telefonieren.“

Frau 24 war „soweit“, dass sie wusste, dass sie Hilfe brauchte:

„Meine Schwester hat gesagt, eine Therapeutin könnte dir sicher weiterhelfen und ich war soweit, dass ich gedacht habe, ja mach ich, wenn die mir helfen können? Weil ich weiss, dass ich mir nicht mehr helfen kann und ich weiss, dass ich Hilfe brauche.“

Frau 25 beschreibt ihren Konflikt, in der Ausweglosigkeit die Hilfe als eine Perspektive anzusehen:

„Ja. Ich glaube es hat einfach diese Zeit gebraucht, bis ich mir eingestehen konnte, ich schaff das nicht allein. Es ist ja irgendwie ... so von Sommer bis Herbst würde ich sagen, habe ich dann schon gefunden, ja eben ich bringe das schon selber und das geht gar niemanden etwas an ja. Im Sinn von ja, ich bring das schon selber wieder richtig hin. Und dann als es wirklich ... ja da musste ich mir schon eingestehen, das geht jetzt nicht wirklich so, dass das wieder gut geht. Und dann ist es eigentlich angenehm gewesen. Weil es wird mir jetzt geholfen und man kann etwas dagegen machen, und es ist nicht so dieses Ausgeliefertsein. (...) Ja. Das ist wie ein Medikament gefunden zu haben. Einfach einen Weg, ein Stück weit einen Weg zu sehen. Es ist eine Ausweglosigkeit gewesen und dann auch wie auch noch eine Perspektive, ich kann noch etwas unternehmen und ich muss das nicht einfach so akzeptieren, das ist jetzt nicht für immer und ewig so.“

Frau 26 beschreibt ihren Konflikt, etwas zu machen, das als „nicht gut“ angesehen wird:

„Sehr schwierig, weil das eine ganz andere und neue Ebene war für mich. Mich einzulassen auf so etwas. Wie in eine grosse Welt bin ich gegangen und ich hatte keine Ahnung. Also das Wort Psychologe oder Psychiater oder Therapie - keine Ahnung gehabt. (...) Ja also das finde ich jetzt immer noch schwierig, dass das als krank angesehen wird. Also es ist ja vielleicht eine Krankheit, aber darüber kann man reden. Aber dass es wie nicht gut ist, wenn man das macht. Also wenn man zum Hausarzt geht, das ist alles okay. Aber wenn man in die Psychotherapie geht, dann ist etwas nicht gut. So. Ja, damit habe ich mich auch auseinandersetzen müssen ja.“

Frau 27 ging zuerst zum Arzt, fragte aber nachher ihre Freundin, der sie mehr Gewicht gab bei der Auswahl der Therapeutin, welcher sie klar sagte, dass sie nicht unendlich lange bleiben wollte:

„Ich bin kräftemässig total an meine Grenzen gestossen und ich habe wirklich gemerkt, jetzt bin ich am Limit. Und dann bin ich zuerst zum normalen Arzt gegangen und habe eigentlich gewollt, dass er mich krank schreibt, dass er mich mal freistellt also auch von zuhause, von der Familie, weil ich habe das irgendwie fast nicht mehr ausgehalten und dann hat er aber gesagt, es täte ihm leid, aber pathologisch liege nichts vor, er könne mich nicht krank schreiben, aber er würde mir empfehlen, Psychotherapie zu machen, also er hat mir dann eigentlich dazumal drei Adressen von Psychiatern gegeben und ich habe dann eine Freundin, ich weiss nicht, ob Sie sie auch kennen, (...), die habe ich gefragt ob sie die kenne und sie hat mir dann dieses Büchlein gegeben, wo Sie wahrscheinlich auch drin sind und dann bin ich so zur Frau X gekommen. (...) Ich bin ja selber nicht negativ eingestellt zur Psychotherapie, aber ich habe einfach gedacht, ich will nicht irgendwie, dass ich jetzt in Psychotherapie gehe und die Therapeutin hat dann das Gefühl, sie könne mich jetzt jahrelang quasi als Klientin anschauen und dann habe ich das grad am Anfang klargestellt, dass ja, dass ich das dann nicht will.“

Frau 28 musste es „anpacken“, weil sie sonst nicht mehr arbeiten konnte und beschreibt, dass sie „musste“, obwohl sie es als etwas Schlimmes betrachtete:

„Also ich habe einfach gewusst, wenn ich das nicht anpacke, kann ich einfach nicht mehr schaffen. (...) Ich glaube so am Schluss habe ich es einfach gemacht, weil ich gewusst habe, jetzt muss ich. Also es ist mir irgendwie nicht so leicht gefallen, aber ich wusste ich muss, darum habe ich es einfach auch gemacht. Also ich habe es vielleicht auch immer herausgezögert bis zu einem Punkt, wo ich gewusst habe, ich muss es machen. Und auch dass ich gemerkt habe auch andere, grad mein Freund hat mich darauf angesprochen, habe ich gemerkt, ah es muss wahrscheinlich nicht so schlimm sein, in eine Psychotherapie zu gehen. Und das hat es mir wahrscheinlich schon auch leichter gemacht. (...) Ja. So viel Unbekanntes, wo ich auch viel das Gefühl gehabt habe, oh, das ist doch nicht normal, dass man das hat. Also ich habe mich sehr ausgeschlossen gefühlt und sehr einsam auch mit dem. Also ich habe nicht gross darüber reden können. Ich habe das Gefühl gehabt, ja das ist jetzt wirklich etwas Schlimmes, schon auch zeitweise, dass ich das Gefühl gehabt habe, das ist etwas Schlimmes, dass ich das jetzt machen muss.“

Frau 29 hatte Angst und fügt ihre Wahlmöglichkeit an; sie könnte den Therapeuten auch wechseln:

„Ich habe Probleme gehabt und ich habe gedacht, es muss etwas passieren und da habe ich das Telefon in die Hand genommen und jemandem angeläutet. (...) Aber ich habe es dann einfach mal gewagt, ja. Ich habe ja gesehen im Telefonbuch wie viele es gibt und ja, man hätte ja auch wieder wechseln können oder so, wenn es einem nicht gepasst hätte. Ja.

Also auf eine Art ist es eine gewisse Entlastung gewesen. Durchaus. Da nimmt das mal jemand anders in die Hand. Und andererseits hab ich auch Angst gehabt, mein Zeugs auszubreiten vor jemandem, den man gar nicht kennt. Aber ohne das geht es ja nicht.“

Frau 30 wollte ihre Symptome, auch wegen der Arbeit, loswerden und behalf sich mit der Idee, jederzeit wieder absagen zu können:

„Ich habe dann das Gefühl gehabt, ich warte ein wenig und schaue dann und es ist wenig besser geworden. Ich habe dann auch eine Stelle angefangen und da habe ich das Gefühl gehabt, das wäre jetzt sehr eigenartig, wenn ich da voll neurotisch irgendwie (...) gegenübersitze, mit meinen Neurosen und Ängsten und Phobien. Und da habe ich gedacht, ich muss das angehen und dem muss ich näher kommen und ich muss einfach diese Symptome beheben. (...). Ich dachte einfach, ich schaue jetzt mal und ja, eigentlich schon, also eben ich versuchs mal und ja ... darum wars nicht so schwer. Also wenn ich jetzt das negativ empfunden hätte das erste Mal, dann hätte ich auch gesagt okay, das wars ja. Und darum auch nicht das Gefühl, ich müsse mich jetzt weissgott nicht wie verpflichten bei diesem ersten Anruf ja“